

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas

Mobilización Nacional
para la Disminución de
las Muertes Maternas
y de Recién Nacidos
2018



SPGO
SOCIEDAD PARAGUAYA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS DE SALUD



TESÁI HA TEKO
PORÁVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo hande rapera ko'aga guive
construyendo el futuro hoy



Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas

Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social
2018 • Primera Edición

AUTORIDADES

Dr. Carlos Morínigo Aguilera

Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. María Teresa Barán

Viceministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Karen Díaz

Directora General de Programas de Salud

Dr. Jorge Sosa

Director de Salud Sexual y Reproductiva

Prof. Dr. Miguel Ruoti Cosp

Presidente de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia



SPGO
SOCIEDAD PARAGUAYA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DIRECCION GENERAL DE
PROGRAMAS DE SALUD



TESÁI HA TEKO
PORAVE
MOTENDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperá ko ága guive
Construyendo el futuro hoy



**LISTA DE PARTICIPANTES EN LOS TALLERES DE ELABORACIÓN
(DEL 10/10/2017 AL 17/11/2017)**

Dr. Acosta Olmedo, Mario
 Dr. Adorno R, Hugo
 Dra. Adorno, Myriam
 Dr. Aguayo, Omar
 Dra. Alsina, Shirley
 Dr. Amarilla, Luis
 Dr. Amarilla P, Ever
 Dr. Aristiquí Rolón, Marcos Antonio
 Dr. Ayala, Carlos
 Dra. Ayala Ramos, Yéshica
 Dr. Balbuena S, José César
 Dra. Balmori, Cristina
 Lic. Barreto, Laura
 Dr. Bataglia Araujo, Ramón
 Dr. Bataglia Araujo, Vicente
 Lic. Benítez, Virina
 Lic. Benítez Ríos, María Emilia
 Dra. Britez, Sonia Mabel
 Dr. Caballero Pereira, Ángel
 Dr. Cacace Piacentini, Alberto José
 Dra. Cano Canela, Lourdes
 Dr. Castro, Claudio
 Dra. Centurión, Sonia
 Dra. Céspedes, Olga
 Dr. Cobelo, Carlos
 Dra. Contreras, Susan
 Dra. Corrales, Fanny
 Dra. Cuenca Simón, Violeta
 Dra. Díaz González, Karen
 Dra. Díaz Vicensini, Cynthia
 Dra. Durand, Mercedes Mónica
 Dra. Espínola, María Sol
 Dra. Feltes M, Gloria Rossana
 Dr. Ferreira Cynkar, Fernando
 Dra. Festner, Ilse Myrna
 Dr. Figari, Jaime
 Dr. Franco, Cástulo
 Dra. Fretes de Brom, Blanca Lila
 Dr. Galeano, Juan Manuel
 Dra. García F, Nubia Lizzí
 Dr. Gibert, Walter Eberth
 Dr. Gómez, Elvio
 Dr. Gómez, Roger
 Dr. González, Emigdio
 Dra. González, Liz Karina
 Dra. Grau, Daisy
 Dr. Gruhn Duarte, Ernesto
 Dra. Ibarra, Zunilda

Lic. Insfrán, Javier
 Dr. Jara Vázquez, Luis
 Dra. Lamberti, Ana Gabriela
 Dra. Llamosas Nizza, Rocío
 Lic. Lobos, Estela
 Lic. López, Liliana
 Dra. Mancuello de Alum, Julia Noemí
 Dra. Manzur, Dalila
 Dra. Mendoza Bassani, Mirta
 Dra. Minozzo, Patricia
 Dr. Monges, Edgar R
 Dra. Mora, Gladys
 Lic. Morel Gadea, Rosalba
 Dr. Negrete, Alejandro
 Dr. Núñez, Diego
 Dra. Ocampos, Fátima
 Lic. Ortiz Aguilera, Pamela
 Dr. Ortiz, Gustavo Adolfo
 Dra. Oviedo Bellasai, Paola
 Dra. Paiva Rocholl, Tanya
 Dra. Palacios de Franco, Ylbe
 Dra. Petters, Sandra
 Dra. Plaz, Edith
 Dra. Poletti, Lourdes
 Dr. Ramalho, Daniel
 Dra. Ramírez, Mirtha Mabel
 Dra. Ramos, María José
 Dra. Recalde, María Lidia
 Dra. Rodríguez, Amada
 Dra. Rojas, Gloria
 Dr. Romero C, David
 Dr. Ruiz Valdez, Oscar
 Dr. Ruoti Cosp, Miguel
 Dr. Ruttia Segovia, Rubén
 Dr. Santos, Jorge
 Dra. Segovia Vázquez, María Raquel
 Dra. Sosa Argüello, Lida Mercedes
 Dr. Sosa Franco, Jorge Daniel
 Dr. Sosa, Rogelio
 Dra. Torres, Juana
 Dr. Vázquez, Gladys
 Dra. Veiluva, Patricia
 Dr. Vera Salerno, Carlos
 Dra. Vera, Carolina
 Dra. Villalba, Rosa María
 Dr. Yaluk B, Jacinto A
 Dra. Yinde, Jadiyi
 Dr. Zelada Ríos, Jorge

**LISTA DE PARTICIPANTES EN LOS
TALLERES DE VALIDACIÓN
(DEL 21/03/2018 AL 05/04/2018)**

Dr. Acosta Olmedo, Mario
 Dr. Adorno R, Hugo
 Dra. Adorno, Myriam
 Dra. Ayala Ramos, Yéshica
 Dr. Balbuena S, José César
 Dr. Bataglia Araujo, Ramón
 Dr. Bataglia Araujo, Vicente
 Lic. Benítez, Virina
 Dra. Benítez, Sussam
 Dr. Bueno Colmán, Elvio Darío
 Dra. Cano Canela, Lourdes
 Dr. Castro, Claudio
 Dr. Cobelo, Carlos
 Dra. Contreras, Susan
 Dra. Díaz Vicensini, Cynthia
 Dra. Durand, Mercedes Mónica
 Dr. Ferreira Cynkar, Fernando
 Dra. Festner, Ilse Myrna
 Dra. Fretes de Brom, Blanca Lila
 Dra. García F, Nubia Lizzí
 Dra. González Cáceres, María Elena
 Dr. Gruhn Duarte, Ernesto
 Dra. Ibarra, Zunilda
 Dra. Lamberti, Ana Gabriela
 Dra. Llamosas Nizza, Rocío
 Dra. Mancuello de Alum, Julia Noemí
 Dra. Minozzo, Patricia
 Dra. Mora, Gladys
 Dr. Núñez, Diego
 Dra. Ocampos, Fátima
 Dra. Oviedo Bellasai, Paola
 Dra. Paiva Rocholl, Tanya
 Dra. Park, Mía
 Dra. Petters, Sandra
 Dra. Plaz, Edith
 Dra. Poletti, Lourdes
 Dr. Ramalho, Daniel
 Dra. Ramos, María José
 Lic. Recalde, Sandra
 Lic. Ruiz Díaz, Sonia
 Dr. Ruiz Valdez, Oscar
 Dr. Ruoti Cosp, Miguel
 Lic. Santacruz, Carmen
 Dr. Santos, Jorge
 Dr. Sosa Franco, Jorge Daniel
 Dra. Veiluva, Patricia
 Dr. Vera Salerno, Carlos
 Dra. Villalba, Rosa María
 Dr. Zelada Ríos, Jorge

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD PARAGUAYA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2017 – 2019

Presidente

Prof. Dr. Miguel Ruoti Cosp

Vicepresidente

Dra. Fanny Corrales Ríos

Secretario

Dr. Jorge Santos Castillo

Tesorera

Dra. Marina Andrea Ortega

Director de Publicaciones

Dr. Carlos Marcelo Vera Salerno

Vocales titulares

Prof. Dr. Hugo César Arellano

Dr. Hugo Guillermo Adorno R.

Vocales Suplentes

Dr. Jacinto Alfredo Yaluk B.

Dr. Mario Rubén Vera Corna

Dr. Fabio Gutiérrez Báez

Dr. Mario Alcides Echeverría

Dr. Félix Brizuela Servín

Síndico Titular

Dr. Oscar Ferreira Torres

Síndico Suplente

Dr. Juan Carlos Chaparro Abente

Tribunal Electoral Independiente

Titulares

Dr. Alejandro Mazacotte

Dr. Elías Sánchez

Dr. Adolfo Schaffer

Suplentes

Dr. Aníbal Espínola B.

Dr. Bernardo Nicora

Dra. Rocío Llamosas Nizza

Tribunal de Ética

Titulares

Dra. Rita Freire Esteves Vda. de Etcheverry

Prof. Dr. Vicente Bataglia Doldán

Prof. Dra. Ana María Soilán

INSTITUCIONES, DEPENDENCIAS Y ORGANIZACIONES QUE CONTRIBUYERON A ESTE MANUAL

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dirección General de Programas de Salud

- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- Programa Nacional de Salud Mental

Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud

- Dirección de Regiones Sanitarias
- Dirección General de Atención Primaria en Salud
- Dirección de Obstetricia

Dirección General de Vigilancia de la Salud

- Programa Nacional de Diabetes

Programa Nacional de Sangre

Hospitales

- Centro Nacional del Quemado, MSPyBS
- Hospital de Clínicas, FCM-UNA
- Hospital Distrital de San Ignacio, Misiones
- Hospital Distrital de San Pedro
- Hospital General Barrio Obrero
- Hospital Materno-Infantil Fernando de la Mora
- Hospital Materno-Infantil Loma Pyta
- Hospital Materno-Infantil San Lorenzo
- Hospital Materno-Infantil San Pablo
- Hospital Materno-Infantil Santísima Trinidad
- Hospital Nacional de Itauguá
- Hospital "Reina Sofía", Cruz Roja Paraguaya
- Hospital Regional de Ciudad del Este
- Hospital Regional de Concepción
- Hospital Regional de Coronel Oviedo
- Hospital Regional de Encarnación
- Hospital Regional de Villa Hayes
- Hospital de Trauma "Prof. Dr. Manuel Giagni"

Instituto de Previsión Social

- Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS)

Academia

- Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia (SPGO)
- Sociedad Paraguaya de Diabetología (SPD)
- Sociedad Paraguaya de Endocrinología y Metabolismo (SPEM)
- Cátedra de Clínica Gineco-Obstétrica - Facultad de Ciencias Médicas - UNA

Organizaciones no gubernamentales

- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP)
- Cruz Roja Paraguaya (CRP)

Agencias Internacionales de Cooperación

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Proyecto USAID ASSIST
- OPS/OMS

La presente publicación es parte de las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco de la Movilización Nacional para la Disminución de las Muertes Maternas y de Recién Nacidos y del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018. Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Esta publicación no tiene fines de lucro, por lo tanto, no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Diseño: Jorge Yanho y Fernando Amengual
Primera Edición. Asunción, 2018. Tirada: 4.000 ejemplares.
Es propiedad: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

ISBN: 978-99967-36-76-6

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	9
TIPIFICACIÓN DE LOS CONE Y DEFINICIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS POR NIVEL DE ATENCIÓN..	10
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	11
ABREVIATURAS	14
01 ACRETISMO PLACENTARIO.....	15
02 AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO.....	21
03 ANEMIA FERROPÉNICA DURANTE EL EMBARAZO	27
04 CESÁREA.....	33
05 COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO.....	39
06 COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	45
07 DIABETES Y EMBARAZO.....	51
08 EMBARAZO PROLONGADO	55
09 HEMORRAGIAS DE LA 1RA MITAD DEL EMBARAZO.....	59
• ABORTO.....	60
• EMBARAZO ECTÓPICO	69
• ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA.....	75
10 HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.....	79
11 HEMORRAGIA POSTPARTO	85
12 HEMORRAGIA Y SHOCK HIPOVOLÉMICO EN OBSTETRICIA	97
13 HIPEREMESIS GRAVÍDICA	103
14 INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.....	107
15 INFECCIÓN Y FIEBRE PUERPERAL.....	115
16 INFECCIÓN DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES.....	123
17 INFECCIONES TORCH DURANTE LA GESTACIÓN	129
• Toxoplasmosis.....	131
• Rubéola.....	132
• Citomegalovirus.....	133
• Herpes simple	134
• Varicela-Herpes Zóster	135
• Sífilis	136
• Hepatitis B	140
18 INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.....	151
19 MASTITIS PUERPERAL	157
20 MUERTE FETAL.....	163
21 OLIGOAMNIOS.....	169
22 PATOLOGÍA TIROIDEA Y GESTACIÓN.....	175
23 PARTO DISTÓCICO.....	181
24 PARTO EN PELVIANA	189
25 ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTE CON UNA CESÁREA ANTERIOR.....	195
26 POLIHIDRAMNIOS.....	201
27 PROLAPSO Y PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL	207
28 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.....	211
29 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	217
30 SHOCK SÉPTICO EN EL EMBARAZO	223
31 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES.....	231
32 TRAUMATISMOS DURANTE EL EMBARAZO.....	247
33 ZIKA Y EMBARAZO.....	255
34 PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA	261
APARTADOS ESPECIALES	
APARTADO 1 - EVALUACIÓN MATERNO FETAL.....	272
APARTADO 2 - HEMOTERAPIA Y ADMINISTRACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	277
APARTADO 3 - CONSIDERACIONES SOBRE DENGUE Y EMBARAZO	293
APARTADO 4 - ÍNDICE DE BISHOP.....	295
APARTADO 5 - SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL	297
APARTADO 6 - CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	300
BIBLIOGRAFÍA.....	301

PRESENTACIÓN

En el marco del **Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018** el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Programas de Salud, se ha comprometido en priorizar los problemas de salud materna y neonatal, por lo que ha creído conveniente normatizar y protocolizar las acciones que deben ser realizadas en los casos de embarazadas que presenten alguna patología durante el curso de su gestación, durante el parto y/o durante el puerperio.

La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva en colaboración con la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia (SPGO) lideró la elaboración del presente **Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas**, cubriendo así una necesidad que presentaban los servicios de Salud de todo el país de disponer de una herramienta básica con la que los trabajadores de la salud pudieran tomar medidas oportunas en el manejo de la mujer embarazada con complicaciones.

Servirá así mismo como instrumento de capacitación y actualización en el área de la obstetricia, basada en la mejor evidencia científica disponible. Posibilitará el monitoreo constante de la atención obstétrica lo que contribuirá al mejoramiento y reorganización de los servicios que atienden a la mujer y a su recién nacido.

La revisión fue participativa y contó con el apoyo técnico de expertos locales, de las sociedades científicas y de las escuelas formadoras.

Se espera que esta Norma, a modo de mapa de ruta, oriente y recuerde sobre las actividades que deben realizarse cada vez que el personal de salud deba enfrentarse ante un caso de patología obstétrica, basándose en evidencia médica como el estándar sobre el cual se fundamenta su práctica clínica.

El objetivo final de esta iniciativa será la de revertir las todavía altas tasas de mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

Dr. Carlos Morínigo Aguilera
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

INTRODUCCIÓN

Dentro del contexto de la Movilización Nacional para Reducir la Mortalidad Materna y de Recién Nacidos en el Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social viene desarrollando diversas acciones con la finalidad de proveer atención calificada a las mujeres gestantes que presenten alguna complicación durante su embarazo, parto o puerperio. Una de estas acciones es la elaboración de protocolos que estandaricen el manejo clínico-obstétrico.

El equipo técnico de la Dirección General de Programas de Salud (DGPS) junto con representantes de Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia (SPGO) comprometidos con llevar acciones para reducir la morbimortalidad materna y neonatal como prioridad nacional se han enmarcado en la realización de talleres de elaboración, revisión y validación de protocolos de manejo de las patologías obstétricas más frecuentes en nuestro país, haciendo énfasis en las evidencias acumuladas en los últimos años, por niveles de complejidad de los servicios de salud.

El manual está dirigido a establecer un diagnóstico y a tomar acciones adecuadas, por parte de los profesionales de la salud en los diferentes niveles de atención, ante una mujer embarazada con complicaciones capaces de llevarla a la muerte.

El presente documento define las acciones que se deben realizar en cada nivel de atención basándose, para definir esos niveles, en la Guía para la Organización de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en la Red Integrada e Integrales de Servicios de Salud (RIISS).

Tipificación de los CONE y definición de la cartera de servicios por nivel de atención¹.

Primer Nivel (USF)	CONE Ambulatorio	Atención Prenatal Normal Atención del recién nacido/a Atención del puerperio Planificación Familiar Prevención y detección temprana de complicaciones y referencia
Segundo Nivel (HD/USF ampliada)	CONE Básico	Manejo de embarazos con patologías menores (infección urinaria, anemia) <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de la labor del parto utilizando el partograma • Atención del parto y puerperio inmediato (24 horas) • Manejo de emergencias obstétricas no quirúrgicas (hemorragias pos parto, desgarros) • Inicio del tratamiento médico de las emergencias obstétricas (hemorragias, sepsis, preeclampsias/eclampsias) • Procedimientos manuales (remoción de placenta, sutura de episiotomías, reparo de desgarros) • Atención neonatal básica incluyendo manejo inicial de complicaciones • Referencia adecuada y oportuna
Tercer nivel (HR/ HMI/ HG)	CONE Completo	Asegura cuidados obstétricos y neonatales que incluyen anestesia, cesárea/histerectomía, sangre segura y manejo de complicaciones del recién nacido (asfixia, prematuridad, sepsis) y cuando la complicación presentada requiera que la madre o el recién nacido/a deban ser referidos a una unidad de mayor complejidad
	CONE Intensivo	Asegura cuidados obstétricos y neonatales intensivos, cuando la complicación se ha presentado y la madre y el neonato/a hayan sido referidos como punto final de referencia

¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Setiembre de 2015. Guía para la organización de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) en la red integrada de servicios de salud. Mejoramiento continuo de la calidad de atención materno neonatal.

Resolución Ministerial

"Cesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 419

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE ATENCIÓN DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN OBLIGATORIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 19 de julio de 2018

VISTO:

La Nota DGPS N° 244/2018, de fecha 05 de julio de 2018, registrada como expediente SIMESE N° 87966, por medio de la cual la Dirección General de Programas de Salud solicita la aprobación del Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas, para su implementación obligatoria en el sistema nacional de salud; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Nacional de la República del Paraguay, en el Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD, dispone: *"El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad..."*.

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social está comprometido en la atención materna infantil, especialmente durante los mil primeros días, dada la importancia de los primeros años de vida y los compromisos asumidos para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social implementa la Movilización Nacional para la Disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, en cumplimiento de las líneas estratégicas establecidas en la Política Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018, el Plan Nacional de Salud Integral de la Niñez y el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia.

Que el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el área estratégica "Maternidad Segura y Salud Neonatal" dispone los siguientes lineamientos: implementación de estrategias para identificar y atender oportunamente a embarazadas; educación continua y seguimiento a proveedores de salud para la adecuada aplicación de las normas de atención prenatal y de vigilancia del crecimiento y desarrollo fetal con calidad técnica y humana, atención prenatal oportuna y de calidad; asistencia a la mujer y al recién nacido durante el parto, el nacimiento y el puerperio con calidad técnica y humana, conforme a normas nacionales.



Resolución Ministerial

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 419

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE ATENCIÓN DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN OBLIGATORIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

19 de julio de 2018
Página N° 02/03

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como ente rector en materia de salud pública, requiere establecer instrumentos normativos para la atención integral y oportuna del manejo de la mujer embarazada. Así también se requiere protocolizar las acciones que deben ser realizadas por los profesionales de la salud en los casos de embarazadas que presenten alguna patología durante el curso de su gestación, durante el parto y/o durante el puerperio, basándose en la mejor evidencia disponible y adecuándose al contexto nacional.

Que el manual aprobado constituye un instrumento de formación y actualización en el área de la obstetricia, facilitará el monitoreo constante de la atención obstétrica, y contribuirá al mejoramiento y reorganización de los servicios que atienden a la mujer y al recién nacido.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. N° 1165, de fecha 09 de julio de 2018, ha emitido su parecer favorable a la firma de la presente Resolución.

POR TANTO; en ejercicio de sus atribuciones legales,

**LA MINISTRA SUSTITUTA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

Artículo 1°. Aprobar el **Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas**, que forma parte anexa de la presente resolución.

Artículo 2°. Disponer su implementación, a partir de la fecha de la presente Resolución, como norma de atención en todos los servicios tanto públicos como privados, integrantes del Sistema Nacional de Salud, como así también en las instituciones públicas y privadas que trabajan en el área de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 3°. Encomendar a la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, a las Regiones Sanitarias y a los Hospitales Especializados, la ejecución de la presente resolución.



Resolución Ministerial

"Bicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 419

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE ATENCIÓN DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN OBLIGATORIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

19 de julio de 2018
Página N° 03/03

- Artículo 4°.** Responsabilizar a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y a la Dirección de Formación, Monitoreo y Gestión de Proyectos, dependientes de la Dirección General de Programas de Salud, con el apoyo de la Dirección General de Planificación y Evaluación, del monitoreo de la aplicación de la norma.
- Artículo 5°.** Autorizar a la Dirección General de Administración y Finanzas y a la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud, a realizar las acciones necesarias para contar con presupuesto y condiciones para la implementación de la norma.
- Artículo 6°.** Abrogar toda resolución anterior que se contraponga a las disposiciones contenidas en ésta.
- Artículo 7°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



[Handwritten Signature]
DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK
MINISTRA SUSTITUTA

Abreviaturas

AB: Ácidos biliares	ICP: índice cerebroplacentario
ACM: Arteria cerebral media	ILA: Índice de líquido amniótico
ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists	IM: Intramuscular
AUmb: Arteria umbilical	IMC: Índice de masa corporal
APP: Amenaza de parto pretérmino	IP: índice de pulsatilidad
AUT: Arteria uterina	IR: índice de resistencia
BM: bolsillo mayor	IVU: Infección de vías urinarias
CA: circunferencia abdominal	l: litro
CC: circunferencia cefálica	LCN o CRL: longitud coronilla nalgas
CID: Coagulación intravascular diseminada	LES: Lupus eritematoso sistémico
CTG: Cardiotocografía	LF: longitud del fémur
DBP: diámetro biparietal	MF: Monitoreo fetal
DCP: Desproporción céfalo pélvica	MFNS: monitoreo fetal no estresante
dl: decilitro	Min: minuto
DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta	MTX: Metotrexate
DV: ductus venoso	NVO: Nada por vía oral
EAP: Escala de Alerta Precoz	OCI: orificio cervical interno
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	OMS: Organización Mundial de la Salud
EV: Endovenoso	PAD: Presión Arterial Diastólica
FA: Fosfatasa alcalina	PAS: Presión Arterial Sistólica
FCF: Frecuencia cardíaca fetal	PBF: Perfil Biofísico Fetal
FDA: Food and Drug Administration	PDF: Productos de degradación del fibrinógeno
FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia	PEG: pequeño para la edad gestacional
FLASOG: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología	RCIU: restricción del crecimiento intrauterino
FMF: Fetal Medicine Foundation	RCTG: Registro cardiotocográfico
FPP: fecha probable de parto	RMN: Resonancia magnética nuclear
FUM: fecha del inicio de la última menstruación normal	RN: Recién nacido
g: gramo	RPM: Rotura prematura de membranas
GOT: glutamato-oxalacetato transaminasa	SAF: Síndrome Antifosfolipídico
GGT: gamma glutamil transpeptidasa	SF: Suero fisiológico
GPT: glutamato piruvato transaminasa	SMg: Sulfato de Magnesio
h: hora	SOP: síndrome de ovarios poliquísticos
Hb: Hemoglobina	SRL: Suero Ringer Lactato
HCG: Gonadotropina coriónica humana	TN: translucencia nucal
HIV: Virus de Inmunodeficiencia Humana	TP: tiempo de protrombina
Hto: Hematocrito	TTOG: Test de Tolerancia a la Glucosa
	TTPA: tiempo de trombosplastina parcial activado
	UCI: Unidad de cuidados intensivos
	UTI: Unidad de Terapia Intensiva
	VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
	VO: Vía oral

ACRETISMO PLACENTARIO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
073.0	Acretismo Placentario

DEFINICIONES

ACRETISMO PLACENTARIO	Se define genéricamente a la placenta ácreta como una anomalía de la placentación caracterizada por la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina subyacente sin interposición de decidua (ausencia de capa de Nitabuch) y puede ser ácreta, íncrета o pércreta según las vellosidades lleguen, invadan o atraviesen el espesor miometrial.
INCIDENCIA	Incidencia: varía según la literatura de 1:1000 a 1:5000. Ha aumentado en relación directa al número de cesáreas previas, siendo actualmente la causa principal de este aumento.
CLASIFICACIÓN	<p>Clásicamente se han definido tres tipos de adherencia anormal de la placenta, en función del grado de invasión miometrial:</p> <p>Placenta ácreta: las vellosidades llegan al miometrio sin atravesarla. Es la forma más frecuente (representa aproximadamente el 80% de los casos).</p> <p>Placenta íncrета: las vellosidades invaden el miometrio, pero sin llegar a la serosa (15% de los casos).</p> <p>Placenta pércreta: las vellosidades invaden y llegan a la serosa; inclusive pueden comprometer órganos vecinos, como la vejiga. Es la forma más grave considerando la mayor morbimortalidad, pero también la menos frecuente (menos del 5% de los casos).</p> <p>En función del número de cotiledones que estén involucrados hablamos de acretismo focal (un solo cotiledón), parcial (algunos cotiledones) o total (la totalidad de la placenta).</p>

El método diagnóstico ideal dado sus beneficios tales como costo, accesibilidad y sencillez, es Ecográfico Doppler (Criterios de Finberg y Williams).

La posibilidad de acretismo está en relación **fundamentalmente** al antecedente de cesárea previa o iterativas y por sobre todo al diagnóstico de placenta previa ubicada sobre cicatriz anterior. En casos puntuales como placenta pércreta se puede complementar con RMN.

Con menor frecuencia puede diagnosticarse como una complicación del alumbramiento (parto vaginal o cesárea).

En pacientes de riesgo, como aquella con antecedente de cesárea previa o iterativas y diagnóstico de placenta previa sobre cicatriz anterior iniciar búsqueda sistemática ecográfica de signos de acretismo.

Alertar a la paciente sobre signos de alarma como sangrado y consulta inmediata.

El sangrado puede presentarse sobre todo cuando está asociado a placenta previa y se debe derivar a la embarazada a un hospital de tercer nivel, que disponga de infraestructura y personal médico calificado para esta patología.

DIAGNÓSTICO DE ACRETISMO PLACENTARIO

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> El diagnóstico de Acretismo Placentario puede asociarse a Factores de Riesgo: mujeres de 35 años o más, multiparidad, cesárea previa, placenta previa sobre cicatriz de cesárea previa, antecedente de legrado, miomectomía, placenta previa con antecedente de cesárea, antecedente de cirugías uterinas (por miomas, tabiques), antecedente de infecciones uterinas. En los diferentes tipos de acretismo placentario, la clínica puede aparecer tanto durante el curso de la gestación como durante el parto y, sobre todo, en el postparto inmediato. Clínicamente, en los casos de placenta previa ácreta, el sangrado genital durante el embarazo puede ser común y se confunde con otras entidades. La mayoría de mujeres con acretismo no presentan clínica durante la gestación hasta el final del embarazo y puede ser un hallazgo casual al realizar una ecografía de rutina, aunque, cuando existe clínica, el signo más frecuente es la presencia de sangrado. La cantidad de sangrado puede ir desde pequeñas pérdidas hacia el exterior, en los casos más leves de placenta ácreta, hasta sangrado hacia la cavidad peritoneal en los casos más severos de placenta pércreta.
ECOGRÁFICO	<ul style="list-style-type: none"> La Ecografía representa la técnica de elección para el diagnóstico de placenta ácreta en el segundo y tercer trimestre. Las exploraciones transvaginales mejoran la precisión de la localización de la placenta. <p><u>Los criterios ecográficos</u> (propuestos en la literatura, con una sensibilidad del 77-93% y una especificidad del 71-97%) <u>son</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desaparición o irregularidad del área hipoeoica retroplacentaria. Grosor miometrial retroplacentario inferior a 1 mm. Múltiples dilataciones vasculares, lagunas placentarias y áreas hipervascularizadas en el Doppler Color. Presencia de tejido placentario o vasos en el margen útero-placentario, en la interfase entre la serosa uterina y la vejiga urinaria o invadiendo la vejiga urinaria. <p><u>Con la aplicación del Power Doppler 3D, los signos diagnósticos son</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Numerosos vasos confluentes en la unión vésico-uterina (visión basal). Es el criterio que aisladamente presenta una mayor sensibilidad y especificidad. Hipervascularización intraplacentaria (visión lateral). Vasos que crecen de forma irregular, tortuosos, de diferentes calibres.
RESONANCIA MAGNÉTICA	<p>Sus principales indicaciones son: pacientes en que la ecografía no sea concluyente (por ejemplo: obesidad materna, placenta posterior); alta sospecha de placenta pércreta, con mala visualización ecográfica, para definir mejor el grado de invasión.</p> <p><u>Los criterios diagnósticos son</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presencia de abultamientos placentarios que pueden abombar la superficie uterina e incluso invadir estructuras adyacentes, que representan lagunas vasculares y, en menor medida, áreas de hemorragia placentaria. Constituye el signo más específico de acretismo. <p><u>Además</u>: Heterogenicidad placentaria, principalmente por aumento de la vascularización, visualización de bandas hipointensas en secuencias potenciadas en T2, que se extienden desde la interfase miometrial y que presentan una distribución al azar, disminución del grosor miometrial, zonas focales de pérdida de la línea miometrial (delgada línea hipointensa).</p> <p><u>Observación</u>: el uso de Gadolinio a las 34 semanas por vía endovenosa, mejora ostensiblemente la capacidad diagnóstica, pero su uso no se considera seguro en el embarazo (Fármaco categoría C).</p>
DIAGNÓSTICO BASADO EN HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:	Deformación del segmento inferior, hipervascularización a nivel segmentario inferior, invasión de estructuras vecinas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Retención placentaria, Retención de cotiledón aberrante.

TRATAMIENTO DEL ACRETISMO PLACENTARIO

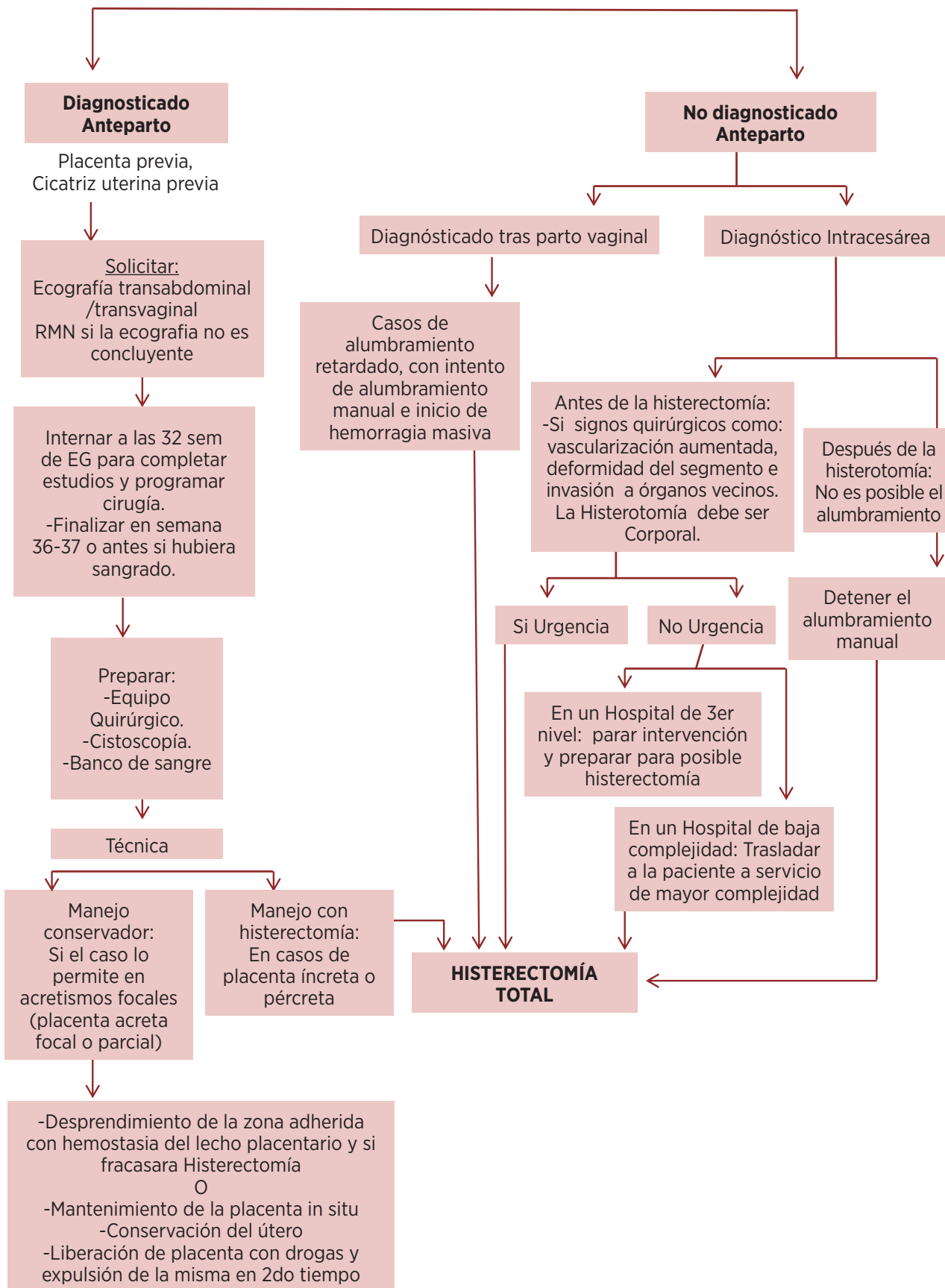
El tratamiento clásico del acretismo placentario es la cesárea histerectomía, si bien en los últimos años, con la incorporación de nuevas tecnologías terapéuticas, se han descrito tratamientos conservadores. Se debe realizar un manejo multidisciplinario.

El tratamiento depende de que el diagnóstico se realice prenatalmente y permita una estrategia quirúrgica adecuada como: incisión mediana infraumbilical independientemente a la cicatriz previa, cesárea clásica (corporal) si la placenta fuera anterior, o si se presentara una complicación del alumbramiento la conducta será la histerectomía.

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ACRETISMO PLACENTARIO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
Tratamiento del Acretismo Placentario diagnosticado anteparto.	x	x	x
PREPARACIÓN PREVIA: Lo primero que debe realizarse es una evaluación multidisciplinar diagnosticando adecuadamente la anomalía (acretismo, incretismo o percretismo) y en casos de placenta previa sobre cicatriz de cesárea previa: PERCRETISMO, que está asociada a una mayor morbilidad, ya que puede comprometer órganos vecinos (vejiga, intestino, epiplón, etc.). La cistoscopia está indicada para la cateterización uretral que impediría su posible lesión. Conocida la situación, se finalizará la gestación de manera programada a partir de la semana 36-37 si no hay signos de sangrado anteriormente.		X	X
<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda preparar a la paciente e informar de la situación. Internación a las 32 semanas para completar estudios y programar cirugía (Evaluar distancia del domicilio de la paciente). Preparar el equipo tanto quirúrgico (con soporte de cirugía urológica, vascular y general), como el equipo de anestesia y reanimación, teniendo prevista una reserva de sangre. El equipo de Neonatología también deberá estar avisado para hacerse cargo del recién nacido de manera inmediata. Planificar posible necesidad de Unidad de Cuidados Intermedios o Intensivos. Firma de consentimiento informado tras informar de las posibles complicaciones: hemorragia severa, necesidad de transfusión, histerectomía y lesión de órganos adyacentes. 			x
TÉCNICA: Con todo el equipo preparado y con la estrategia definida (caso de invasión de la vejiga, del recto, etc.), con los cirujanos pertinentes se realizará una laparotomía infraumbilical amplia, con posibilidad de realizar una ampliación de la misma. Medidas quirúrgicas para el control del sangrado: ligadura de las arterias uterinas o hipogastricas, o la embolización arterial controlada por angiografía (en caso de que se disponga en el servicio)	NIVEL		
Placenta ácreta focal o parcial <ul style="list-style-type: none"> Puede plantearse la cirugía conservadora si el caso lo permite; es decir, la conservación del útero, aunque en muy pocas ocasiones puede mantenerse el órgano. Se extraerá el feto mediante una cesárea, con incisión corporal, si la placenta fuera anterior. En ciertos casos debe realizarse una incisión incluso corporal y fúndica. Una vez extraído el feto, se deberá estudiar la situación, es decir, analizar el grado de acretismo y cuáles son los elementos involucrados. En los casos más favorables, de simples acretismos focales, se puede intentar realizar manejo conservador: desprender la zona adherida, realizando hemostasia de los vasos sangrantes del lecho placentario y si fracasara: histerectomía. 			x
Placenta íncreta o pércreta Debe prepararse para la histerectomía, que será total en el caso de que la placenta sea previa y ácreta. Debe recordarse que en casos de diagnóstico previo y confirmación de signos quirúrgicos de acretismo es prudente no intentar el alumbramiento, conservar la placenta in situ, seguida de la histerectomía.			x

<p>Cuando hay un percretismo, que involucre a la vejiga, parametrio o recto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esos casos no se debe intentar alumbrar la placenta y sí se debe proceder a la histerectomía. • Clampar y ligar los vasos uterinos y utero-ováricos antes de proceder a otra maniobra adicional. • En casos de placenta pércrta existe mayor posibilidad de lesión vesical 20-30 %, por lo cual se debe tomar los recaudos correspondientes y reparación conveniente. • Para los casos de los percretismos posteriores, habitualmente son más fáciles de disecar desde el recto. Se pueden producir lesiones que se solucionarán posteriormente. • Disección meticulosa que permita planos de clivaje adecuados. Se procede a la histerectomía según los tiempos quirúrgicos, siendo rigurosos con la hemostasia. • Una vez realizada la histerectomía se procede a la revisión pormenorizada de todo el lecho, acabando de realizar la hemostasia del mismo. • Antes de cerrar se dejarán drenajes en las zonas de declive. 			X
<p>Tratamiento del acretismo placentario NO diagnosticado anteparto: En caso de placenta previa sobre cicatriz de cesárea el diagnóstico estará basado en hallazgos quirúrgicos: deformación del segmento inferior, hipervascularización a nivel segmentario inferior, invasión de estructuras vecinas. Se procederá a cesárea-histerectomía ya descrita. En el caso de presentarse como una complicación en el período del alumbramiento, la situación puede ser más grave, dado que toda la estrategia que se puede preparar en la situación anterior no existe, y se procederá a la histerectomía.</p>		NIVEL	
<p>Diagnóstico después de parto vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras un parto vaginal, y tras la espera prudencial para que ocurra el alumbramiento, bajo el diagnóstico de placenta retenida, se intenta realizar un desprendimiento manual y en ese momento se inicia una gran hemorragia, activar código rojo y preparar para una histerectomía. • Preparar quirófano, tratamiento hemodinámico, soportes adecuados de reanimación y, sobre todo, pedir ayuda (a cirujanos urológicos y vasculares), solicitar sangre y hemoderivados. • Se procede a realizar una histerectomía lo más prudente posible, pero de manera rápida. Con el fin de disminuir el sangrado que el cirujano puede tener durante ese procedimiento, puede ser útil la compresión de la aorta, facilitando la cirugía. • En caso de que exista un percretismo se procederá de igual manera que lo descrito anteriormente, especialmente en los casos de los percretismos anteriores. 		X	X
<p>Diagnóstico Intracesárea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se hace la sospecha antes de proceder a la histerotomía o después de realizarla. • En ciertos casos, al abrir el abdomen se puede observar un paquete vascular anómalo que existe sobre la zona placentaria y el color típico de esa zona, que representan signos directos de acretismo. • En ausencia de urgencia (como podría ser una alteración del bienestar fetal) para la intervención, es prudente avisar a los especialistas calificados, cirujanos urológicos y vasculares, pedir sangre y hemoderivados, cirugía vascular intervencionista (si se contara), ayudantes adecuados, etc., o de no tener experiencia en este tipo de cirugía se sugiere cerrar y derivar a un servicio de mayor complejidad. • Si se puede realizar esa estrategia: seguir técnica descrita anteriormente para los casos con diagnóstico previo. • En esas ocasiones, si la placenta está por encima de la zona del orificio cervical interno, puede realizarse de manera rápida una histerectomía subtotal. En caso contrario, se realizará una histerectomía total. 			X
<p>Tratamiento conservador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretende minimizar la morbimortalidad secundaria al sangrado. • Es aquel en el que no se desprende la placenta. Existen diferentes variantes de tratamiento conservador: • Ligar el cordón umbilical y dejar la placenta in situ a la espera de una reabsorción. • Exéresis de la mayor parte de la placenta y posteriormente la administración de oxitócicos y antibióticos. • Administración de metotrexate sistémico. • Embolización angiográfica. • Ninguno de estos manejos conservadores ha demostrado ser claramente superior a los demás. • El tratamiento conservador presenta un riesgo aumentado de presentar hemorragia, infección y/o rotura uterina. Es por eso que si se opta por este tratamiento es importante informar a la paciente de los posibles riesgos. • Observación: en caso de que fuera cesárea de urgencia (como una sospecha de alteración del bienestar fetal) de no existir entorno habilitante en el servicio se puede optar por un tratamiento conservador para permitir el traslado a un centro de mayor complejidad. 			X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O60	Parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación)

DEFINICIONES

La prematuridad contribuye en un porcentaje importante de la mortalidad infantil y neonatal, por lo que se constituye en un grave problema de salud pública. Esta prematuridad conlleva además a un aumento importante en la morbilidad neonatal con alteraciones neurológicas relacionadas con ella.

PARTO PREMATURO O PRETÉRMINO	Es el nacimiento que se produce a partir de las 22 semanas de gestación (o Peso > 500 g) y antes de las 37 semanas cumplidas.
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	Contracciones uterinas de 2 o más en 10 minutos, con duración >30 segundos, con dilatación hasta 2 cm y borramiento ≤ 50% del cérvix, antes de las 37 semanas.
TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO	Contracciones uterinas > 2 en 10 minutos con dilatación >2 cm y borramiento > 50% antes de las 37 semanas.

DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional < 37 semanas • Contracciones uterinas 2 o más en 10 minutos • Duración de las contracciones >30 segundos • Dilatación cervical hasta 2 cm y • Borramiento < 50%
TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO	<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional < 37 semanas • Contracciones uterinas > 2 en 10 minutos • Dilatación > 2 cm y/o • Borramiento > 50%

TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

PLAN TERAPÉUTICO

Criterios a tener en cuenta en casos de duda* como:

Contracciones uterinas: igual o menor a 2 en 10 minutos.

Duración: menos de 30 segundos.

Dilatación cervical: menor a 2 cm y borramiento menor de 50%.

** En la práctica puede haber variaciones que dificulten el diagnóstico, por lo que estos datos son a efectos de una definición de caso.*

Dejar en observación por 6 horas, con controles periódicos, luego reevaluar y decidir conducta.

AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO:

Internación para:

1. **Útero-inhibición teniendo en cuenta el tipo de tocolítico y la edad gestacional:** para retrasar el nacimiento entre 24-48 horas.
2. **Maduración pulmonar:** administrar glucocorticoides hasta las 34 semanas.
3. **Neuroprotección:** administrar sulfato de magnesio hasta antes de las 32 semanas.
4. **Métodos auxiliares** de diagnóstico, para determinar la causa probable y evaluar el bienestar fetal.
5. **Transferir** a la embarazada a un centro de atención terciaria con servicio de neonatología (de no haber disponibilidad en el servicio).

Condiciones para iniciar uteroinhibición en APP:

1. Diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP).
2. Edad gestacional mayor a 22 y menor a 37 semanas por Ecografía del primer trimestre o FUM confiable.
3. Ausencia de contraindicaciones médicas u obstétricas para uteroinhibición.
4. Ausencia de contraindicaciones para uso de agentes tocolíticos.

<p>Contraindicaciones para inhibir un trabajo de Parto Pretérmino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte fetal intrauterina. • Anomalía fetal incompatible con la vida. • Evidencia de compromiso fetal. • Restricción severa del crecimiento intrauterino. • Corioamnionitis. • Preeclampsia severa o eclampsia. • Hemorragia severa materna/desprendimiento de placenta. • Trabajo de parto con dilatación \geq 4 cm. 	<p>Contraindicaciones maternas a la tocólisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia materna. • Insuficiencia cardíaca. • Insuficiencia respiratoria. • Insuficiencia renal. • Hipertirodismo no compensado. • Hepatopatías.
<p>RPM: ver protocolo para la uteroinhibición</p>	

PROTOCOLO DE MANEJO DE AMENAZA Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Complete la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registrar en la ESCALA DE ALERTA PRECOZ.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por el método disponible y especuloscopia. Buscar etiología probable. Indagar sobre antecedentes de Parto Prematuro, antecedente de IVU. Examen abdominal y bucal.	X	X	X
4. Revise la libreta de la embarazada o carnet prenatal evaluando exámenes de laboratorio realizados previamente.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Si los resultados indican Infección de Vías Urinarias o Infección Vaginal brinde tratamiento según protocolo.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes descartables a menos que haya una condición que amerite el uso de guantes estériles. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
10. Realizar valoración para determinar: <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación cervical • Borramiento cervical • Consistencia del cuello • Posición del cuello • Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de De Lee. Diagnóstico de presentación. • Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, color del líquido amniótico (ver protocolo de RPM). • Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea. 	X	X	X
11. Solicitar ecografía para verificar la cantidad de líquido amniótico (ILA), peso fetal y edad gestacional.	X	X	X
12. Control de signos vitales maternos cada 6 horas. Control de latidos fetales y dinámica uterina cada 1 hora.	X	X	X

13. Con el diagnóstico probable disponga el ingreso al servicio o realice la referencia a otro servicio de mayor complejidad para atención por personal calificado; envíe a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolítico, maduración pulmonar fetal y neuroprotección, si no existen contraindicaciones; envíe con la paciente la hoja de referencia completa, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
<p>14. MANEJO Tocolítico: NO SE RECOMIENDA MÁS DE DOS CICLOS DE TOCÓLISIS</p> <p>A- Nifedipina: 10 mg cápsulas VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal (por 48 horas). No usar en caso de cardiopatía (incluso estable), situaciones de alto gasto (hipertiroidismo), hipertensión arterial, PA sistólica < 90 mm Hg. (EN EMBARAZOS MENORES A 37 SEMANAS)</p> <p>En caso de contraindicación o falta de disponibilidad de la nifedipina utilizar:</p> <p>B- Indometacina: 100 mg vía rectal o vía oral cada 8 horas hasta completar dosis para maduración pulmonar fetal (máximo por 48 horas). (SÓLO EN EMBARAZOS MENORES A 32 SEMANAS).</p> <p>En caso de no producirse la uteroinhibición a la 1 hora de la administración oral de cualquiera de las 2 anteriores, o no disponer de ninguno de ellos: Iniciar vía parenteral con:</p> <p>C- Atosiban: Régimen de administración (En embarazos menores a 34 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carga: 0,9 ml inyección intravenosa en bolo administrada durante 1 minuto (6,75 mg). • Luego preparar una mezcla para goteo de 90 ml de suero fisiológico o suero glucosado al 5% y dos ampollas de Atosiban 37,5 mg ampolla de 5 mL en volutrol e infundir por vía endovenosa: • Goteo rápido a 24 ml/h o 24 microgotas /minuto por 3 horas, y luego • Goteo Lento a 8 ml/hora o 8 microgotas / minuto hasta completar 45 horas. • Observación: cuando se acaba cada goteo volver a preparar la misma mezcla. <p>D- Betamiméticos: Utilizar como alternativa a los tocolíticos previamente citados.</p>		X	X
<p>15. MADURACIÓN PULMONAR FETAL. SI EL EMBARAZO > 24 y < 35 SEMANAS:</p> <p>A Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis) (de primera elección) o B Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).</p> <p>NO SE REQUIERE NUEVAS DOSIS SEMANALES DE CORTICOIDES de mantenimiento PARA CONSEGUIR EFECTOS BENEFICIOSOS PERINATALES HASTA NUEVAS PRUEBAS. Considerar repetir el esquema si persiste riesgo de parto prematuro (dentro de los próximos 7 días) en gestaciones menores a 34 semanas cuyo primer ciclo se realizó hace más de 14 días. Un ciclo de rescate podría ser considerado luego de 7 días del 1er ciclo, dependiendo del escenario clínico.</p>	X	X	X
16. Identificar y tratar el agente causal: Buscar especialmente infección urinaria, vaginosis, focos sépticos orales (realizar examen bucodental), cuadros respiratorios, infecciones dermatológicas, infecciones gastrointestinales y otros.		X	X
17. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.		X	X
18. Si transcurridas 72 horas desde que se completó el esquema de Maduración Pulmonar Fetal persisten las contracciones: determine la conducta según criterio obstétrico y/o capacidad resolutive del servicio.		X	X

<p>19. NEUROPROTECCIÓN FETAL. SI EMBARAZO < 32 semanas y >24 semanas con dilatación > 4 cm o posibilidad de parto en las siguientes 24 horas iniciar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfato de Mg: • CARGA: 8cc (4 gr) diluido en 12 cc. de suero fisiológico, en jeringa de 20 cc. administrado en 20 minutos, EV. • MANTENIMIENTO: Mantener la perfusión de mantenimiento hasta el parto o hasta 12 horas desde el inicio de la medicación. La dosis de mantenimiento se puede administrar por bomba de infusión, volutrol o directamente con equipo macrogotero utilizando el siguiente esquema: • 92 cc de Solución fisiológica + 8 cc de SMg al 50%, en goteo macro de 9 gotas por minuto (1g/h) <p>En caso de Cesárea Programada: Administrar 4 horas antes de la intervención. Se puede utilizar en casos de RPM con las mismas condiciones previas citadas.</p> <p>Monitoreo clínico y condiciones de la paciente para administrar sulfato de magnesio: Realice monitoreo: antes de la administración de la carga, después de la administración de la carga y luego cada 4 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflejo rotuliano presente • Frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones / minuto • Frecuencia cardíaca mayor a 60 latidos /minuto • Diuresis mayor a 100 ml en 2 horas • Monitoreo de FCF <p>Suspender el tratamiento si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión (disminución de PAD > 15 mmHg respecto a PAD basal) • FR < 12 x' (12 por minuto) • Reflejo patelar ausente • Diuresis < 100ml en 4 horas <p>Ante sospecha clínica de intoxicación por Sulfato de Magnesio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administre 1g EV lento (1 ampolla) de Gluconato de Calcio (antídoto). • Administre oxígeno a 4 l/min por catéter nasal o 10 l/min por máscara, colocar oximetría de pulso y en casos más severos, proceder a la intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. <p>Contraindicaciones para la administración de Sulfato de Mg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miastenia Gravis • Bloqueo aurículo-ventricular • Insuficiencia renal (oligoanuria) • Insuficiencia respiratoria 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>20. MÉTODOS AUXILIARES A SOLICITAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografía • Hemograma • Eritrosedimentación • PCR • Urocultivo • Estudio de secreción vaginal • Estudio de secreción para gérmenes no comunes incluyendo <i>Chlamydias</i> y <i>Ureaplasma</i>. • Pesquisa de <i>Streptococo B hemolítico</i> del Grupo B • Evaluación odontológica • Estudios de bienestar fetal 			<p>X</p>

OBSERVACIONES

Ante el cese de la sintomatología que motivó la consulta y ausencia de modificaciones cervicales, la paciente podrá retornar a su domicilio con recomendaciones escritas:

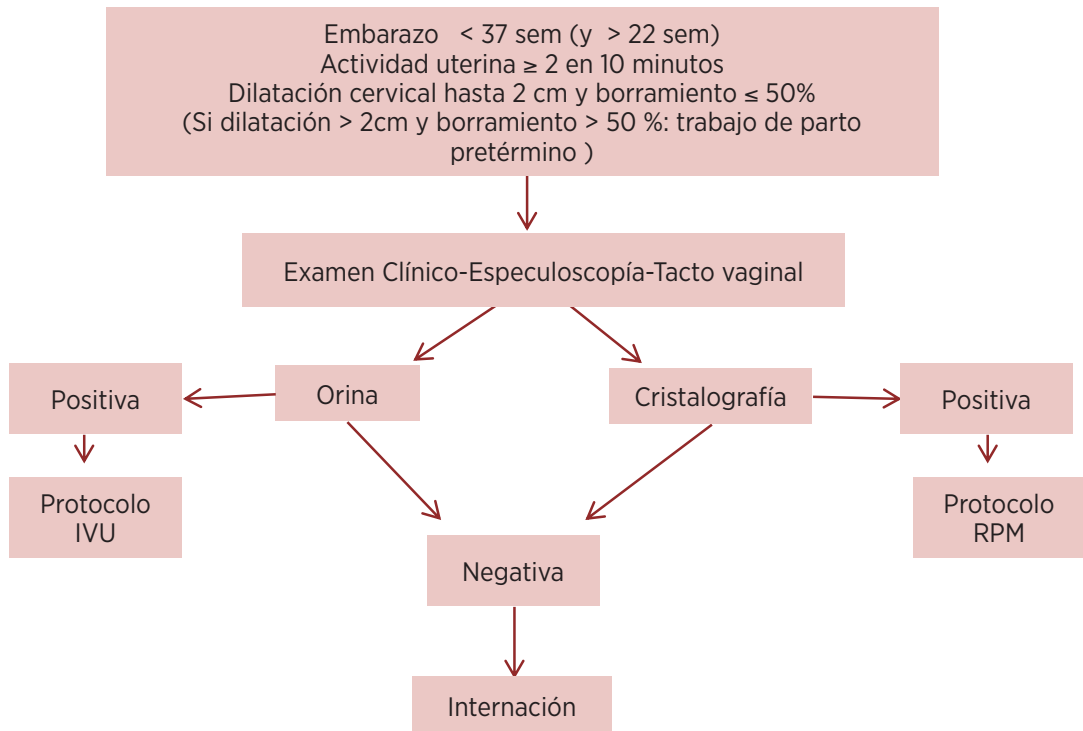
- Limitar actividades físicas y sexuales.
- Medicación. Evaluar cada caso particular y realizar indicaciones en relación a hallazgos clínicos.
- Consultar inmediatamente ante reinicio de sintomatología.
- Se citará en 3 días para control por consultorio externo.

ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- Pesquisa de: infecciones urinarias, bacteriuria asintomática y vaginosis bacteriana.
- Mejorar salud bucal e instruir sobre un régimen higiénico dietético.
- Solicitar ecografía para medición de cuello uterino entre las 16 y las 24 semanas (según disponibilidad del servicio). Criterio ecográfico de riesgo de Parto Pretérmino: Longitud cervical < 25 mm antes de las 24 semanas**.
- Progesterona micronizada: en embarazadas asintomáticas con cuello acortado detectado por ultrasonografía y/o historia de Parto Pretérmino. Administrar, por vía vaginal, en dosis de 100 o 200 mg/día hasta las 36,6 semanas de gestación.

** Esta acción no cuenta aún con pruebas suficientes para recomendarla como cribado habitual en las embarazadas asintomáticas o sintomáticas. Como hay una asociación no significativa entre los resultados del conocimiento de la longitud del cuello del útero por ecografía transvaginal y una menor incidencia de parto prematuro con menos de 37 semanas en mujeres sintomáticas, se recomiendan investigaciones adicionales.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



<p>1-Uteroinhibición (para retrasar el nacimiento entre 24-48hs y completar dosis para maduración pulmonar fetal)</p> <p>2-Administrar glucocorticoides para maduración pulmonar fetal si EG > 24 y < 35 sem.</p> <p>3-Neuroprotección: con Sulfato de Magnesio (hasta antes de las 32 semanas)</p> <p>4-Solicitar métodos auxiliares de diagnóstico: Orina simple, Urocultivo, FCSV, Ecografía Obstétrica.</p> <p>5- Traslado a servicio que cuente con neonatología (según el caso)</p>	<p>Nifedipina: 10 mg VO cada 20 minutos (x 3 dosis), luego 20 mg c/ 4-8hs</p> <p>○ Indometacina: 100 mg vía rectal o VO c/8hs (sólo en embarazos < 32 sem)</p> <p>○ Atosiban (Según régimen de administración en embarazos < 34 sem)</p> <p>○ Betamiméticos.</p>
	<p>Betametasona :12mg IM c/ 24 hs (x 2 dosis)</p> <p>○ Dexametasona : 6 mg IM c/12 hs (x 4 dosis)</p>
<p>→</p>	<p>Alta si actividad uterina cede por 72 hs Finalización del embarazo (según criterio obstétrico) si actividad uterina no cede o signos de corioamniomitis</p>

ANEMIA FERROPÉNICA DURANTE EL EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.

DEFINICIONES

ANEMIA FERROPÉNICA	Anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Corresponde al 50% de todas las anemias.
ANEMIA LEVE	Hb: 10,1- 10,9 g/dl
ANEMIA MODERADA	Hb: 7,0 – 10,0 g/dl
ANEMIA SEVERA	Hb: < 7,0 g/dl

Anemia Working Group Latin America. Guías Latinoamericanas: Anemia en Obstetricia. OMS.

TODAS LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES DE ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO PUEDEN COMPLICAR EL CURSO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

DIAGNÓSTICO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS (signos y síntomas son inespecíficos)
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Fatiga fácil, adinamia. Malestar, cefalea. Disnea de pequeños esfuerzos. Antecedente de anemia y/o embarazos con restricción de crecimiento fetal, parto prematuro, ruptura de membranas y pérdida fetal.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Palidez muco-cutánea, taquicardia, palpitaciones, glositis, visceromegalias. Datos actuales de restricción de crecimiento fetal, parto prematuro o ruptura de membranas.
EXÁMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma: Hemoglobina – Hematocrito (antes y después de semana 20).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otro tipo de anemia.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO

Hay pocas dudas acerca de los beneficios de suplementar con hierro a las embarazadas en cuanto al incremento de Hemoglobina y Ferritina.

La suplementación antenatal de ácido fólico 0.4 mg/día + hierro reduce el riesgo de bajo peso al nacer.

La suplementación de múltiples micronutrientes no confiere ningún beneficio adicional sobre el ácido fólico + hierro.

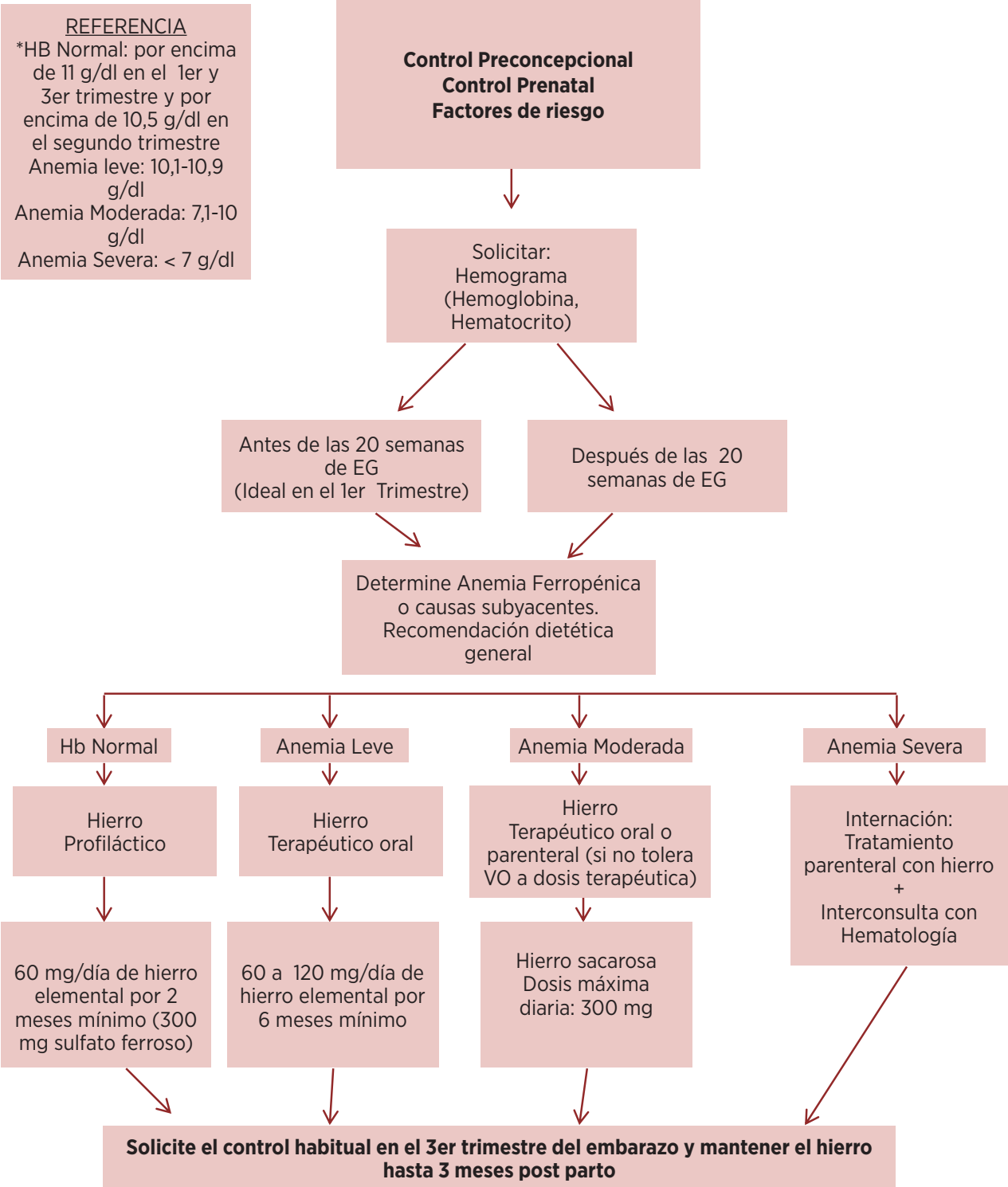
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Solicite hematocrito – hemoglobina antes de las 20 semanas (ideal en la primera consulta o en el primer trimestre) y otro similar después de las 20 semanas dentro del control prenatal habitual (ideal en el tercer trimestre).	X	X	X

2. RECOMENDACIÓN DIETÉTICA A TODA EMBARAZADA INDEPENDIEMENTE DE SU EDAD GESTACIONAL:	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Preferir alimentos de origen animal: vacuno, pollo, pescado, vísceras como el hígado y riñones. • Incluir una fuente de vitamina C en cada comida (frutas principalmente). • Recomendar el consumo de frutas y verduras como fuentes de vitaminas, minerales y fibra, más no como fuentes de hierro. 			
3. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO:	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Guardar los comprimidos o las tabletas de hierro fuera del alcance de los niños. • No tomar el hierro con café, té o leche porque la absorción del hierro disminuye notoriamente. • Tomar las tabletas al acostarse o entre comidas facilita su absorción. • Los antiácidos disminuyen la absorción de hierro. • Anticipar la coloración negruzca de las heces y molestias gastrointestinales como ardor, pirosis, diarrea, estreñimiento. 			
SI HEMOGLOBINA >11,0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y >10,5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	NIVEL		
TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.	X	X	X
4. El tratamiento profiláctico es necesario porque pocas mujeres tienen reservas adecuadas de hierro que permitan cubrir las necesidades aumentadas del embarazo. Recomendación dietética. Si Hb>11,0 g/dl, pero no tolera Hierro como profilaxis: Dosar Ferritina. Si presenta reserva baja de Hierro evaluar administración de Hierro parenteral e interconsulta con Hematología. Si la reserva de Hierro es normal no realizar profilaxis.			
5. Si el valor de Hb no sugiere anemia diferir la toma de Hierro hasta pasada la semana 12 para no agravar una emesis gravídica en el primer trimestre.	X	X	X
6. Las mujeres deben recibir desde las 12 semanas y hasta los tres meses post parto una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5 a 6 mg de hierro al día.	X	X	X
7. DOSIS PROFILÁCTICA: 60 mg/día por 2 meses mínimo.	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • 600 mg de gluconato ferroso (10% absorción). • 300 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). • 200 mg de fumarato ferroso (30% de absorción). 			
8. Realice el control prenatal habitual de Hb en el tercer trimestre.	X	X	X
SI HEMOGLOBINA <11,0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y < 10,5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	NIVEL		
TRATAMIENTO TERAPÉUTICO ORAL:	X	X	X
9. Si hemoglobina está bajo lo normal proceda al tratamiento terapéutico. El diagnóstico y tratamiento efectivo de la <u>anemia crónica</u> en el embarazo es una forma importante de reducir la necesidad de realizar transfusiones futuras. Estudio de la causa de la anemia.			
10. RECOMENDACIÓN DIETÉTICA: Igual que para el tratamiento profiláctico.	X	X	X
11. DOSIS TERAPÉUTICA ORAL:	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes con anemia leve: Iniciar con 60 mg/día pudiendo aumentar hasta 120 mg/día de hierro elemental, según controles de Hb durante el tratamiento, para lograr saturar las reservas de ferritina por 6 meses. <ul style="list-style-type: none"> • 600 mg de gluconato ferroso (10% absorción). • 300 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). • 200 mg de fumarato ferroso (30% de absorción). 			
Durante el tratamiento: Realizar control en 4 semanas como mínimo (Hb, Hto): Si no mejora ir aumentando la dosis.			
Gestantes con anemia moderada (de 7,0 a 10,0 g/dl):			
Tratar la causa y administrar 120 mg/día de hierro elemental (600 mg de sulfato ferroso).			X
Si presentara Anemia Severa (Hb <7,0 g/dl) con o sin síntomas:			
Internar para completar estudios e Interconsulta con Hematología para manejo.			
12. Realice el control prenatal habitual de Hb en el tercer trimestre.	X	X	X

<p>13. TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PARENTERAL CON HIERRO SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se requiere recuperación rápida de anemia ferropénica. • Anemia ferropénica severa. • Efectos colaterales intolerables con el hierro oral. • Alteraciones del tracto gastrointestinal que afecten la absorción como la Enfermedad de Crohn. • Contraindicaciones para transfusión (conceptos religiosos). • Terapia conjunta con eritropoyetina. • Casos de intolerancia a la vía oral. • Falta notoria de adherencia a la terapia oral. • Programas de autotransfusión profiláctica (miomatosis severa, placenta previa, placenta ácreta, historia de hipotonías uterinas en gestaciones anteriores, etc). <p>Internar a la paciente para realizar el tratamiento parenteral.</p>	X	X
<p>14. HIERRO SACAROSA (Categoría B - FDA): Calcule el porcentaje de hierro parenteral sobre la base de que 200 a 250 mg de hierro son necesarios para incrementar la hemoglobina en 1g/dl.</p> <p>ADMINISTRACIÓN PRÁCTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 mg (1 ampolla) de Hierro sacarosa en 100 ml de SF 0.9% pasar EV en 1 hora. • 200 mg (2 ampollas) de Hierro sacarosa en 200 ml de SF 0.9% pasar EV en 2 horas. • 300 mg (3 ampollas) de Hierro sacarosa en 300 ml de SF 0.9% pasar EV en 3 horas. <p>Dosis máxima recomendada a infundir en un día: 300 mg (3 ampollas). Dosis máxima recomendada a infundir en una semana: 500 mg (5 ampollas).</p>	X	X
<p>15. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO PARENTERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea, malestar general, fiebre, artralgias, linfadenopatías generalizadas, urticaria y exacerbación de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoidea. • Eventual reacción anafiláctica. 	X	X
<p>16. TRATAMIENTO DE CAUSAS SUBYACENTES.</p>	NIVEL	
<p>17. Sospecha de malaria por Plasmodium falciparum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trate como malaria grave. • Administre sulfato o fumarato ferroso 120 mg vía oral más ácido fólico 400 mcg vía oral una vez al día por 6 meses durante el embarazo. • Continúe por 3 meses en el postparto. 	X	X
<p>18. Sospecha de Anquilostomiasis endémica (prevalencia igual o mayor a 20%). Puede agravar la anemia. Administre uno de los siguientes tratamientos antihelmínticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Albendazol 400 mg vía oral dosis única; • Mebendazol 500 mg vía oral dosis única ó 100 mg dos veces al día por 3 días; • Levamisol 2,5 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días; • Pirantel 10 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días. <p>Si la prevalencia es mayor al 50% repita el tratamiento 12 semanas después.</p>	X	X
<p>19. Realice el control prenatal habitual de Hb en el tercer trimestre o según criterio médico por cuadro clínico.</p>	X	X

Observación: Para casos especiales no contemplados en este protocolo realizar manejo multidisciplinario en Hospitales de 3er Nivel.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



CESÁREA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 82	Parto único por cesárea
O 82 0	Parto por cesárea electiva
O 82 1	Parto por cesárea de emergencia
O 82 2	Parto por cesárea con histerectomía
O 82 8	Otros partos únicos por cesárea
O 82 9	Parto por cesárea, sin otra especificación
O 84 2	Parto múltiple, todos por cesárea

DEFINICIONES

CESÁREA	Intervención quirúrgica cuyo objetivo es la extracción del feto, vivo o muerto, y de los anexos ovulares, a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Es la cirugía más frecuente en mujeres.
CESÁREA PROGRAMADA O ELECTIVA	Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
CESÁREA DE EMERGENCIA	Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

- **EL NIVEL I ES EL ENCARGADO DE LA REFERENCIA OPORTUNA Y EN CONDICIONES ADECUADAS AL NIVEL SUPERIOR II Y III.**
- Según la Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea (2015) las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
- A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
- Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
- **LOS NIVELES II Y III SON LOS ENCARGADOS DE ATENDER ESTE PROCEDIMIENTO.**
- La cesárea es una de las principales causas de morbilidad obstétrica: infecciosa, hemorrágica, anestésica y tromboembólica; por ello debe ser realizada por personal calificado.

INDICACIONES DE CESÁREA: electiva, intraparto, urgente/emergente

INDICACIONES DE CESÁREA ELECTIVA: Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. También en los casos donde hay antecedente de cesárea iterativa. Es una intervención programada. Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal (o antes según cada caso en particular).

Está indicada en los siguientes casos:

- Presentación de pelviana, transversa u oblicua en gestaciones de ≥ 36 semanas: se ofrecerá, de no haber contraindicación, una versión cefálica externa al término.
- Sospecha de Feto Macrosómico: para evitar potencial trauma durante el nacimiento, cuando el peso fetal estimado sea ≥ 5000 g para mujeres sin diabetes, y ≥ 4.500 g en mujeres con diabetes.
- Placenta previa.
- Infecciones maternas: gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando.
- Pacientes VIH+.
- Herpes genital primario en el tercer trimestre.
- Cesárea iterativa: ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%).
- Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía)
- Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T": (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente).
- Compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del RCTG, arritmias fetales, etc.)
- Patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatías grado III-IV, riesgo ACV, etc.)
- En algunos casos de prematuridad, RCIU y gestaciones múltiples: dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos.

INDICACIONES DE CESÁREA INTRAPARTO: Se indica y realiza durante el curso del trabajo de parto y parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

El motivo para indicar una cesárea intraparto suele ser la distocia:

- Fracaso de inducción: se considerará fracasada una inducción cuando, tras 12 horas de de goteo con oxitocina. EV, no se hayan alcanzado las condiciones requeridas de parto (cérvis borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa).
- Parto estacionado: se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo de parto activo, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento).
- Desproporción pélvica-fetal: se diagnosticará cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un período de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia:
- Sin analgesia epidural: 1 hora en multíparas y 2 horas en primíparas
- Con analgesia epidural: 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas
- Cesáreas electivas que inician trabajo de parto espontáneo: por ejemplo, presentación pelviana o cesárea iterativa.
- Igualmente, también son cesáreas intraparto las malposiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma, compuesta.

INDICACIONES DE CESÁREA URGENTE/EMERGENTE: Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

Las indicaciones más frecuentes son:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal
- DPPNI
- Prolapso de cordón
- Ruptura uterina
- Embolia de líquido amniótico

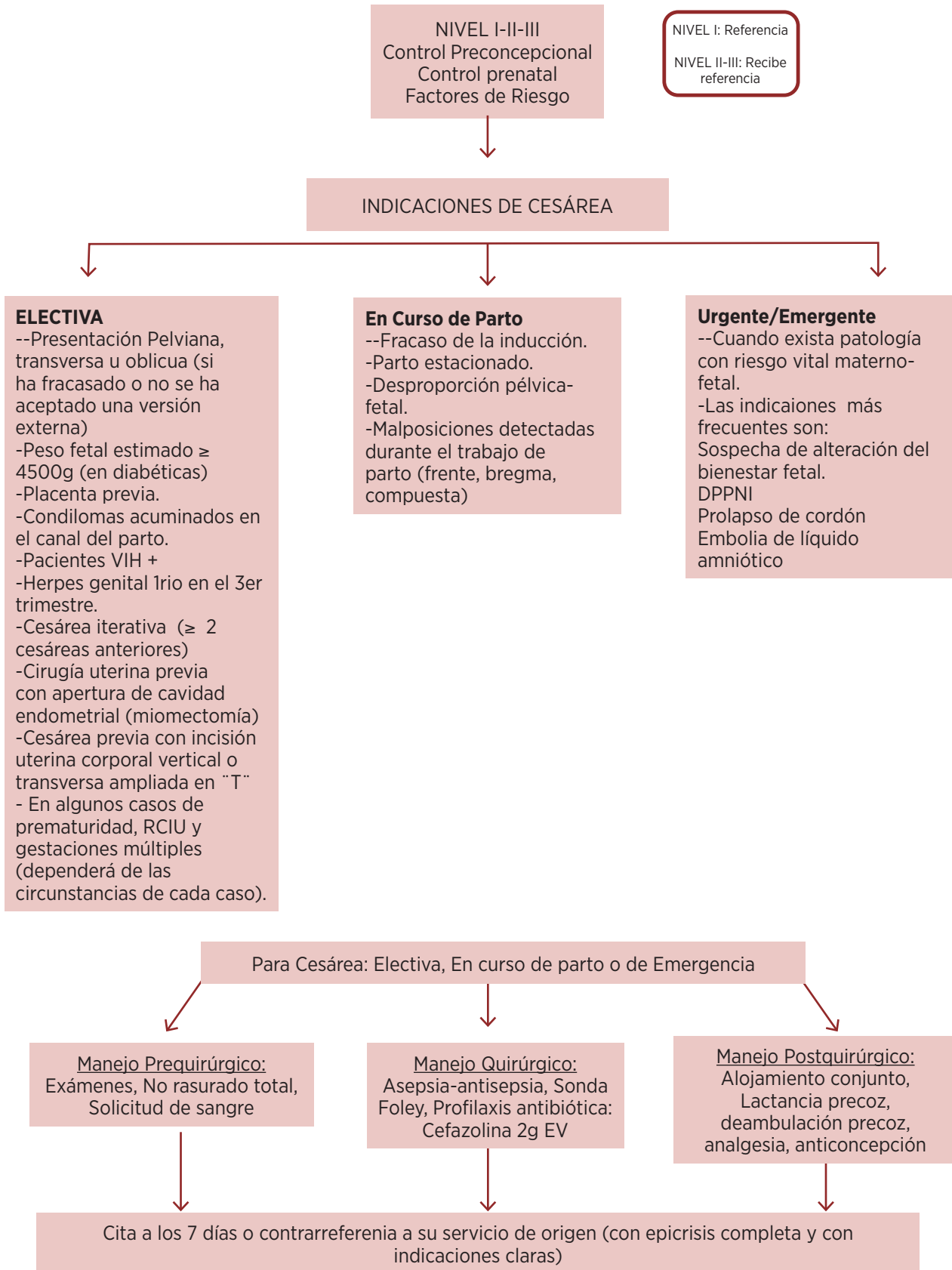
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO POR CESÁREA

PROTOCOLO DE MANEJO PRE-QUIRÚRGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACIÓN DE CESAREA. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Control prenatal habitual hasta la semana 36. Si hay indicación de cesárea disponga la referencia a otro servicio de mayor complejidad para atención por personal calificado; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
2. Si la atención es de emergencia disponga de manera oportuna su ingreso al servicio o refiera en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal. Manejo según Guía de Código Rojo cuando aplique.	X	X	X
3. Realice o complete la Historia clínica perinatal.		X	X
4. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.		X	X
5. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.		X	X
6. Brinde apoyo emocional continuo.		X	X
7. Realice evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.		X	X
8. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal.		X	X
9. Canalice una vía periférica con Cat 16 - 18. Tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación. Hidratar a la paciente previa a la administración anestésica regional, con 1000 cc/h de soluciones isotónicas.		X	X
10. Registre la existencia en el control prenatal de exámenes de laboratorio previos: Hemograma, TP, TTPA, Plaquetas, Glicemia, Urea, Creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.		X	X

11. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.		X	X
12. Tramite sangre o hemoderivados sanguíneos si Hb <7 mg/dl o el caso lo requiera.		X	X
13. Registre una nota explicativa con los hallazgos preoperatorios que justifican la cesárea.		X	X
14. Firma del consentimiento informado por parte de la paciente o familiar autorizado.		X	X
15. Indicación operatoria firmada por el médico responsable.		X	X
16. Comunique del caso al Servicio de Anestesiología para valoración pre-anestésica y tipo de anestesia.		X	X
17. Comunique del caso al Servicio de Neonatología		X	X
18. Mantenga a la paciente en ayunas desde el diagnóstico para una cesárea de emergencia, o al menos por 6 horas si la indicación es de cesárea programada. Si la indicación de cesárea es de emergencia administre antiemético: metoclopramida 10 mg - 1 ampolla EV.		X	X
19. RECORTE el vello exclusivamente en el área operatoria (30 minutos antes de la cirugía) NO RASURE .		X	X
20. Considere la profilaxis de tromboembolia venosa con vendaje de miembros inferiores. En pacientes con indicaciones precisas considerar tromboprofilaxis farmacológica.		X	X
21. Retire prótesis y joyas.		X	X
22. Traslade a Quirófano a la paciente con bata quirúrgica.		X	X
PROTOCOLO DE MANEJO QUIRÚRGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACIÓN DE CESÁREA. PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Ingreso a Quirófano.		X	X
2. Comunique del ingreso a Enfermería, Anestesiología y Neonatología.		X	X
3. Preparación de la mesa de instrumentación y material quirúrgico necesario.		X	X
4. Coloque a la paciente en la posición correcta para la anestesia indicada por médico anestesiólogo en la valoración pre-anestésica.		X	X
5. Aplicación de anestesia peridural - raquídea o general, según la valoración pre-anestésica.		X	X
6. Colocación de la embarazada en decúbito supino.		X	X
7. Monitorización continuada de presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y nivel de conciencia.		X	X
8. Lavado quirúrgico de manos con gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, en dos tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.		X	X
9. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal con solución antiséptica.		X	X
10. Colocación de sonda vesical Foley N° 16.		X	X
11. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.		X	X
12. Colocación de campos quirúrgicos estériles.		X	X
13. Realice incisión Pfannenstiel o mediana suprapúbica según el caso que compromete piel y tejido subcutáneo.		X	X
14. Apertura transversal o longitudinal cortante de aponeurosis muscular.		X	X
15. Apertura media de plano muscular y peritoneo parietal.		X	X
16. Exposición de campo operatorio.		X	X
17. Histerotomía, amniotomía y extracción de RN, pinzamiento tardío del cordón umbilical y sección del mismo. Pinzamiento y sección precoz en casos necesarios.		X	X
18. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: 2 dosis de Cefazolina 1 g EV luego de pinzar el cordón umbilical. Alternativa: Ampicilina 2 g EV luego de pinzar el cordón umbilical.		X	X

19. Alumbriamiento dirigido de placenta y membranas con revisión de cavidad uterina. Utilizando 10 UI de Oxitocina EV diluido y lento, pasar en no menos de 3 minutos, o Carbetocina.		X	X
20. Histerorrafia en uno o dos planos continuos según grosor del segmento uterino con sutura sintética absorbible 0 o 1.		X	X
21. Peritonización de histerorrafia con sutura sintética absorbible 00. Dependiendo del caso y experiencia quirúrgica ciertas técnicas quirúrgicas consideran opcional la síntesis de peritoneos.		X	X
22. Revisión de cavidad intraabdominal, revisión de hemostasia y cantidad de sangrado. Control y conteo de instrumentales, gasas y compresas.		X	X
23. Sutura de peritoneo parietal con sutura sintética absorbible 00 (Opcional).		X	X
24. Afrontamiento a puntos sueltos de plano muscular con material sintético absorbible 00 (Opcional).		X	X
25. Sutura continua o con puntos sueltos de aponeurosis muscular con material sintético absorbible 1.		X	X
26. Sutura de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con material absorbible o no 00 o 000.		X	X
27. Registro y verificación del sangrado total y diuresis.		X	X
28. Pase a sala de recuperación.		X	X
PROTOCOLO DE MANEJO POST-QUIRÚRGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACIÓN DE CESÁREA. PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales y además el fondo uterino y el sangrado durante las 2 primeras horas post cesárea.		X	X
2. Iniciar el alojamiento conjunto (madre-niño) lo más rápido posible según la condición materna.		X	X
3. Incentivar la lactancia materna precoz.		X	X
4. Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida y la condición post quirúrgica.		X	X
5. Mantenga a la paciente en NVO por 6 horas mínimo.		X	X
6. Inicie tolerancia oral con sorbos de líquidos claros a partir de 6 horas de terminada la cesárea.		X	X
7. Fomente la deambulacion precoz dentro de las primeras 24 horas de post cesárea como medida antiembólica.		X	X
8. Indique analgesia EV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el periodo de hospitalización.		X	X
9. Evaluar el alta a partir de las 48 horas post cesárea.		X	X
10. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
11. Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgicos a los 7 días de la cesárea o proceda a la contrarreferencia escrita al servicio de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X
12. Instruya a la madre y al padre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a en el Registro Civil.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
K71.0	Enfermedad tóxica del hígado con colestasis
K83.1	Obstrucción del conducto biliar

DEFINICIONES

CONCEPTO	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito gravidarum, colestasis recidivante, ictericia benigna del embarazo. • Es una hepatopatía aguda específica del embarazo que aparece, por lo general, a partir del tercer trimestre (raramente < semana 26). • Es la hepatopatía más frecuente del embarazo. Se caracteriza por la presencia de prurito cutáneo generalizado, y la producción de un trastorno en la homeostasis de los ácidos biliares (AB) a nivel del hepatocito materno (lo que determina su acumulación y la elevación de los mismos en sangre) determinando datos bioquímicos de disminución de la excreción biliar (colestasis) y moderado daño hepatocelular (citólisis). • Es un proceso reversible, dado que tanto la clínica como las alteraciones bioquímicas desaparecen poco después del parto. • Por lo que se refiere a los efectos adversos sobre el feto, su importancia radica, fundamentalmente, en prematuridad y óbito fetal intraútero.
EPIDEMIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Es una patología estacional, presenta mayor frecuencia en época invernal. • Es más frecuente en mujeres con: edad avanzada, gestación múltiple, infección crónica por virus de la hepatitis C, historia personal y/o familiar de colestasis por anovulatorios, tratamientos de fertilización.
PATOGÉNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos, ambientales, metabólicos y hormonales condicionan una alteración de la excreción biliar, lo que da lugar a una colestasis (cúmulo intracelular de sustancias no excretadas). • Este cúmulo de sustancias intracelular dará lugar a una citólisis. • La colestasis junto con la citólisis determinarán una elevación de ácidos biliares en suero materno. <p>Esta elevación se ha relacionado con:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Aumento de la contractilidad miometrial. b) Vasoconstricción de vasos placentarios. <ul style="list-style-type: none"> • El aumento en sangre materna de la concentración de ácidos biliares puede ocasionar un incremento de su concentración en sangre fetal si supera los mecanismos metabólicos y de transporte de la placenta y el feto. Los ácidos biliares estimulan el peristaltismo intestinal del feto, lo que favorece la emisión de meconio.

DIAGNÓSTICO DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
CLÍNICA	Prurito palmo plantar a predominio nocturno, que puede generalizarse (generalmente en el 3 ^{er} trimestre del embarazo), a menudo originando trastornos del sueño y fatiga en la madre.
PARÁMETROS BIOQUÍMICOS	<p>Elevación del nivel sérico de AB (corte ≥ 10 micromoles/l), y/o de las enzimas hepáticas, de la gamaglutamiltranspeptidasa o bilirrubina.</p> <p>Los AB y el hepatograma deben realizarse con un ayuno de por lo menos 8 hs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ácidos biliares (AB). Suele ser el primero de los parámetros de la función hepática alterados, y, en ocasiones, el único. Valores normales no excluyen el diagnóstico. • Ácidos biliares (ácido cólico y quenodesoxicólico): $>10-14$ micromol/l. • Observación: No contamos actualmente con dosaje de AB en el país. • Transaminasas (GOT/GPT): $>35-60$ UI/l (siempre <1000 UI/L). No tiene valor pronóstico. Útil para el seguimiento de la enfermedad. • Fosfatasa alcalina. Fosfatasa alcalina: >500 UI/l. • GGT >40 UI/l. • Colesterol: >300 mg (sobretudo LDL) y Triglicéridos: ≥ 150 mg. • Bilirrubina. Normal o elevada. Se ha relacionado con la gravedad del cuadro. BR total: >1.2 mg/dl. • Tiempo de protrombina (TP). TP $<70\%$. <p>Reversible: hay normalización de los parámetros bioquímicos, y desaparición de los síntomas, finalizado el embarazo (con la normalización de los niveles hormonales). En general a las 2-8 semanas.</p>
ECOGRAFÍA ABDOMINAL	Para descartar colestasis extrahepática.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Colestasis extrahepática: litiasis, tumores, etc.
2. Hepatitis viral (Hepatitis B, Hepatitis A, Hepatitis C) y tóxicas (fármacos).
3. Pancreatitis.
4. Hígado graso agudo del embarazo.
5. Dermopatías del embarazo: prurito gravídico, erupción atópica del embarazo, erupción polimorfa del embarazo, penfigoide gestacional, prurigo del embarazo y herpes gestationis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA

Signos/ síntomas/aparición	Colestasis intrahepática del embarazo	Hiperemesis gravídica	Pre eclampsia y Síndrome de HELLP	Hígado Graso Agudo
Dolor abdominal	-	-	++	++
Vómitos	-	+++	++	++
Ictericia	+	+/-	+	++
Prurito	+++	-	-	+/-
Insuficiencia hepática	-	-	+/-	+++
Síntomas neurológicos	-	+/-	+	+/-
Trimestre gestacional de aparición	2° y 3°	1°	2° y 3°	3°

Patología obstétrica asociada

1. Amenaza de parto prematuro y prematuridad.
2. Pérdida de bienestar fetal durante el trabajo de parto.
3. Meconio en líquido amniótico.
4. Óbito fetal intraútero (2-3%). Suele observarse tardíamente, después de las 36 semanas.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo al riesgo perinatal y según los parámetros bioquímicos se ha clasificado la colestasis intrahepática del embarazo en bajo, moderado y alto riesgo.

- **Bajo riesgo** cuando los ácidos biliares se encuentran entre 10 y 19 micromoles/litro con enzimas hepáticas normales.
- **Moderado riesgo** con ácidos biliares de 20 a 39 micromoles/litro y/o enzimas hepáticas aumentadas, pero no más del doble.
- **Alto riesgo** con ácidos biliares mayor de 40 micromoles/litro y/o enzimas hepáticas mayores al doble y/o no respuesta al tratamiento médico.

Las pacientes que presentan antecedentes de colestasis anterior se clasifican como **categoría especial**.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO Conducta a seguir según parámetros bioquímicos y semanas de gestación: Después de iniciado el tratamiento se reclasifica a la paciente con colestasis en los niveles de riesgo, según respuesta o no al mismo. La respuesta al tratamiento se define como la mejoría clínica y/o bioquímica. No respuesta al tratamiento se define como: No descenso de AB o enzimas hepáticas después de una semana de tratamiento. Aumento de AB o enzimas hepáticas superiores al 50% de su último valor. Intensificación o reaparición de los síntomas clínicos	X	X	X

<p>Bajo riesgo: Tratamiento ambulatorio. Control bioquímico semanal. Internación a las 36-37 semanas para finalización del embarazo de manera electiva. Según condiciones cervicales decidir vía del parto (vaginal o cesárea). Monitoreo fetal y analítico (Hepatograma) cada 72 hs hasta las 37 semanas.</p> <p><i>Embarazos de 36 semanas o más de riesgo bajo y condiciones cervicales favorables se indica inducción al parto. Si son desfavorables: amniocentesis (si se dispone en el servivio) y revaloración en 72 horas con hepatograma, maduración cervical.</i></p>	X	X
<p>Moderado riesgo: Menor de 28 semanas: Tratamiento ambulatorio.</p> <p>Control bioquímico semanal.</p> <p>Mayor de 28 semanas: (hasta las 35,6 semanas) Internación y tratamiento. Interconsulta con Hepatólogo o Gastroenterólogo (o en su defecto, con Clínico que posea experiencia en hepatopatías). Control bioquímico cada 72 horas. Se recategoriza con el tratamiento. Si responde al tratamiento: se otorga el ALTA, y si no responde al tratamiento: Manejar como de ALTO RIESGO.</p>		X X
<p>Alto riesgo: Internación siempre. Interconsulta con Hepatólogo o Gastroenterólogo (o en su defecto, con Clínico que posea experiencia en hepatopatías). Tratamiento y seguimiento según edad gestacional.</p> <p>Menor de 34 semanas: Si responde al tratamiento: ALTA y seguimiento ambulatorio, y si no responde al tratamiento: aumentar tratamiento farmacológico (ácido ursodesoxicólico) hasta llegar a dosis máxima. Si con dosis máximas NO MEJORA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar amniocentesis si se dispone y decidir conducta de acuerdo a confirmación o no de madurez pulmonar fetal. 2. Interrupción del embarazo si no se cuenta con posibilidad de amniocentesis, luego de maduración pulmonar. <p>Mayor de 34 semanas: Amniocentesis en los centros en donde esté disponible y decidir conducta de acuerdo a confirmación o no de madurez pulmonar fetal. O Interrupción del embarazo si no se cuenta con posibilidad de amniocentesis.</p> <p>Embarazos de 36 semanas o más con riesgo alto se indica finalización del embarazo. La amniocentesis permite tomar conducta, si el líquido es meconial, se indica finalización del embarazo, si el líquido es claro y maduro se indica finalización del embarazo, si es inmaduro indicar nueva dosis de maduración pulmonar fetal.</p>		X X
<p>Solicitar a todas las pacientes con diagnóstico de colestasis: serologías para hepatitis virales, coagulograma, monitoreo fetal anteparto y ecografía hepatobiliopancreática.</p>		X

TRATAMIENTO	I	II	III
RÉGIMEN. Proporcionar grasas poliinsaturadas en relación 2:1 sobre las saturadas.	X	X	X
- Alimentos permitidos: carne magra, aves, pescado, tortas caseras preparadas con margarina (poliinsaturada y pobre en colesterol), sopas claras, frutas, jugos, azúcar, mermeladas y miel, pan, batatas, hortalizas y cereales.	X	X	X
- Alimentos no permitidos: yema de huevo, vísceras, mariscos, leche entera fresca o condensada, quesos (permitido el queso magro y la leche desnatada), tocino, manteca, mantequilla, margarina corriente, chocolates y derivados del cacao, carnes grasas, sopas, carnes en conserva, salchichas e hígado.	X	X	X
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO			
- Ácido ursodesoxicólico. Es el tratamiento de elección. Dosis: 10-16 mg/kg/día repartidos en dos tomas. Iniciar con 900mg/día (dosis máxima 1200 mg/día). Mejora el prurito y la función hepática.	X	X	X
- Colestiramina. Mejora el prurito, pero no la función hepática. Dosis: 12 g/día en tres tomas, 4 g antes y 4 g tras el desayuno; los restantes antes de la comida principal.		X	X
- Antihistamínicos. Tratamiento sintomático del prurito. No mejoran la función hepática. Empezar con una dosis única por la noche. 1. Dexclorfeniramina (1ra Gen): 2-6 mg /6-12 h. 2. Loratadina (2da Gen): 1 comprimido al día (Cat B de FDA para embarazadas) 3. Hidroxizina: 25-50 mg /8 h.		X	X
- Vitamina K. Administrar si hay alteración del tiempo de protrombina o si hay tratamiento con colestiramina. Dosis: 10 mg/semana intramuscular.		X	X
- Maduración pulmonar, si la gestación es inferior a 34 semanas (Ver Protocolo de APP. Maduración Pulmonar).		X	X

SEGUIMIENTO

- Analítico:** perfil hepático, ácidos biliares y tiempo de protrombina cada 1-2 semanas.
- Control de bienestar fetal:** CTG cada 3 - 7 días. El Doppler de la arteria umbilical no ha demostrado ser útil en la Colestasis intrahepática del embarazo.

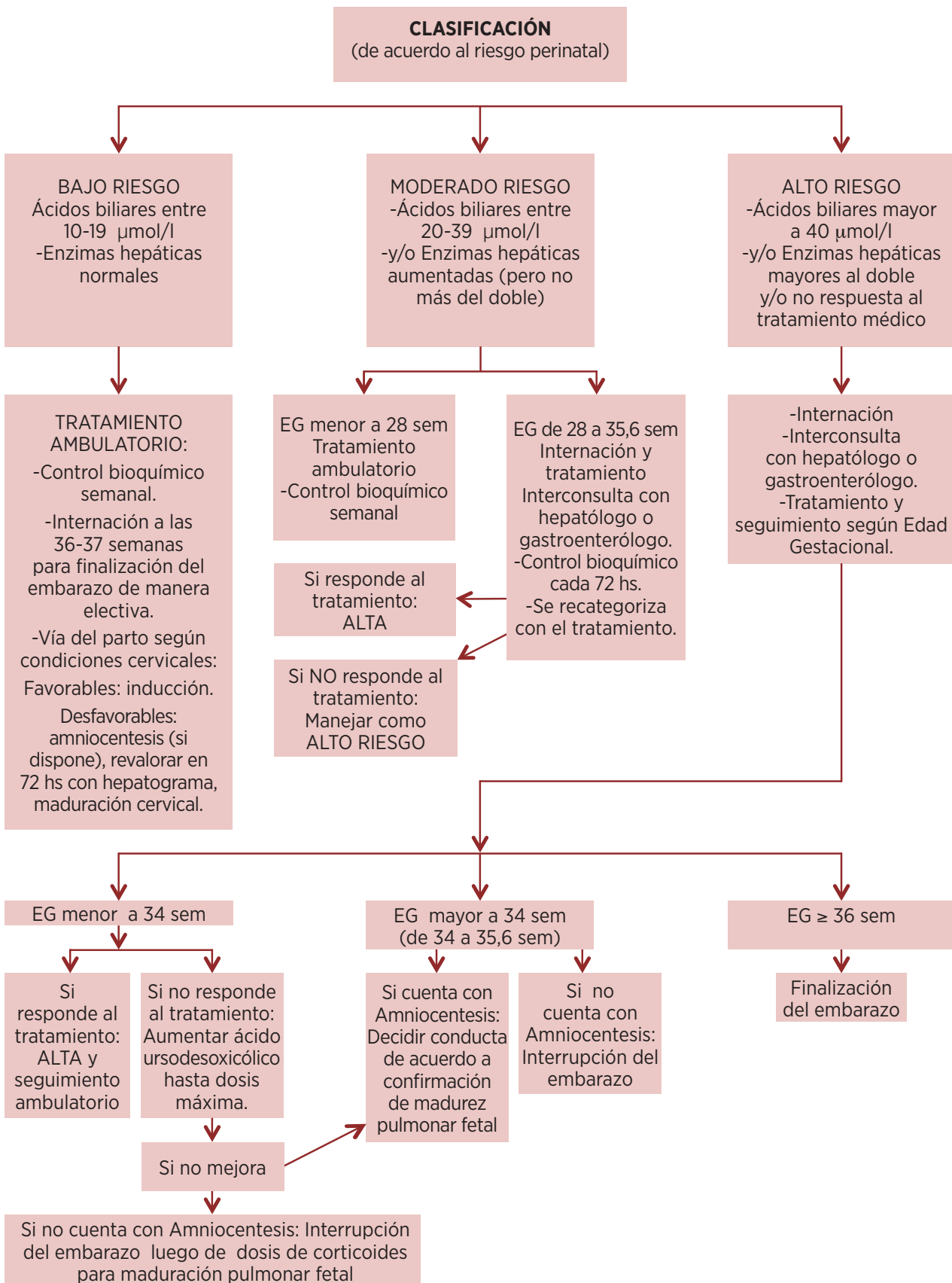
CONTROL POSPARTO

Antes de dar de alta médica, se solicitará a todas las pacientes un perfil hepático de control a las 48 horas posparto; los niveles bioquímicos deberán descender y la clínica materna deberá ser estable.

Lactancia materna: se realizará de manera habitual.

- Seguimiento del perfil hepático (GOT, GGT, FA) hasta su normalización, comúnmente a las 6 semanas posparto, máximo 12 semanas. En caso de que persistieran, descartar una hepatopatía crónica revelada por el embarazo, especialmente la cirrosis biliar primaria.
- Informar a la paciente de la tasa de recurrencia del 40-60% en los siguientes embarazos.
- Contraindicar la toma de anticonceptivos orales o productos hormonales con contenido estrogénico.
- Advertir a la paciente del mayor riesgo de colestiasis que la población general.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADO POR SUFRIMIENTO FETAL
O68.0	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal (arritmias, bradicardias, taquicardia)
O68.1	Trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico
O68.2	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal asociada con presencia de meconio en el líquido amniótico
O68.3	Trabajo de parto y parto complicados por evidencia bioquímica de sufrimiento fetal (acidemia fetal anormal)
O68.8	Trabajo de parto y parto complicados por otras evidencias de sufrimiento fetal (por electrocardiografía, ultrasónica)
O68.9	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación

DEFINICIONES

BIENESTAR FETAL	Estado de homeostasis fetal que se traduce clínicamente en presencia de movimientos fetales, aceleraciones de la FCF y bioquímicamente en pH de cuero cabelludo >7.10. No existe un solo medio diagnóstico lo suficientemente efectivo como para evitar o predecir con certeza absoluta la falta de bienestar fetal.
COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	Sospecha o confirmación de perturbación del estado metabólico basal del feto. Disminución del intercambio materno fetal de oxígeno que se expresa con disminución de movimientos fetales, alteraciones de la FCF y acidosis fetal. Si es severo puede llegar a la muerte fetal.
COMPROMISO AGUDO DEL BIENESTAR FETAL	Compromiso permanente o transitorio del bienestar fetal que se evidencia durante el trabajo de parto y/o durante la gestación a partir de la viabilidad fetal. Bioquímicamente se traduce en hipoxia, hipercapnia y acidosis, manifestándose clínicamente con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).
COMPROMISO CRÓNICO DEL BIENESTAR FETAL	Compromiso permanente del bienestar fetal que se presenta antes del trabajo de parto. Existe una reducción del flujo materno fetal de oxígeno y nutrientes a través de la placenta generando deficiencias que llevan a restricción del crecimiento fetal.
SUFIMIENTO FETAL	Término inespecífico e inadecuado utilizado para designar un riesgo de pérdida o compromiso del bienestar fetal. No describe de manera adecuada los acontecimientos fetales y hace referencia a un daño que no siempre está presente, NO LO USE. La denominación propuesta designa con más certeza un estado fetal en el que no se puede asegurar su bienestar, pero se sospecha su compromiso. (ACOG-SEGO-E).
ACOG-SEGO	Sospecha de alteración del Bienestar Fetal (SABF).

DIAGNÓSTICO DEL COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Falta de control prenatal adecuado. Edades reproductivas extremas (mayores de 40 o menores de 15 años). Anemia y desnutrición. Factores socio-económicos desfavorables: tabaco, alcohol, drogas, violencia familiar. Patología materna: Trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, diabetes gestacional, procesos infecciosos recurrentes, síndrome supino hipotensivo o por anestesia o shock, isoimmunización Rh, Hepatopatías, etc. Patología fetal: malformaciones congénitas, restricción del crecimiento fetal, embarazo múltiple - transfusión gemelo a gemelo. Patología útero placentaria: Placenta previa, inserciones anómalas de cordón umbilical, hipercontractilidad uterina, insuficiencia placentaria. Patología funicular: torsiones, circulares, nudos, procidencia, prolapso, pinzamientos.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Altura uterina. Signos y síntomas de patología materna o uterina. Registro de actividad uterina y relación con la FCF: Modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal basal como taquicardia o bradicardia. Desaceleraciones tardías DIPS tipo II, post contracción, o tipo III Variables graves Líquido amniótico meconial. Disminución de movimientos fetales.
ESTUDIOS DE SALUD FETAL	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo fetal electrónico. Ecografía: para realizar perfil biofísico, flujo doppler, control de crecimiento fetal. Ph de cuero cabelludo. Ph de cordón umbilical, pos natal.

TRATAMIENTO

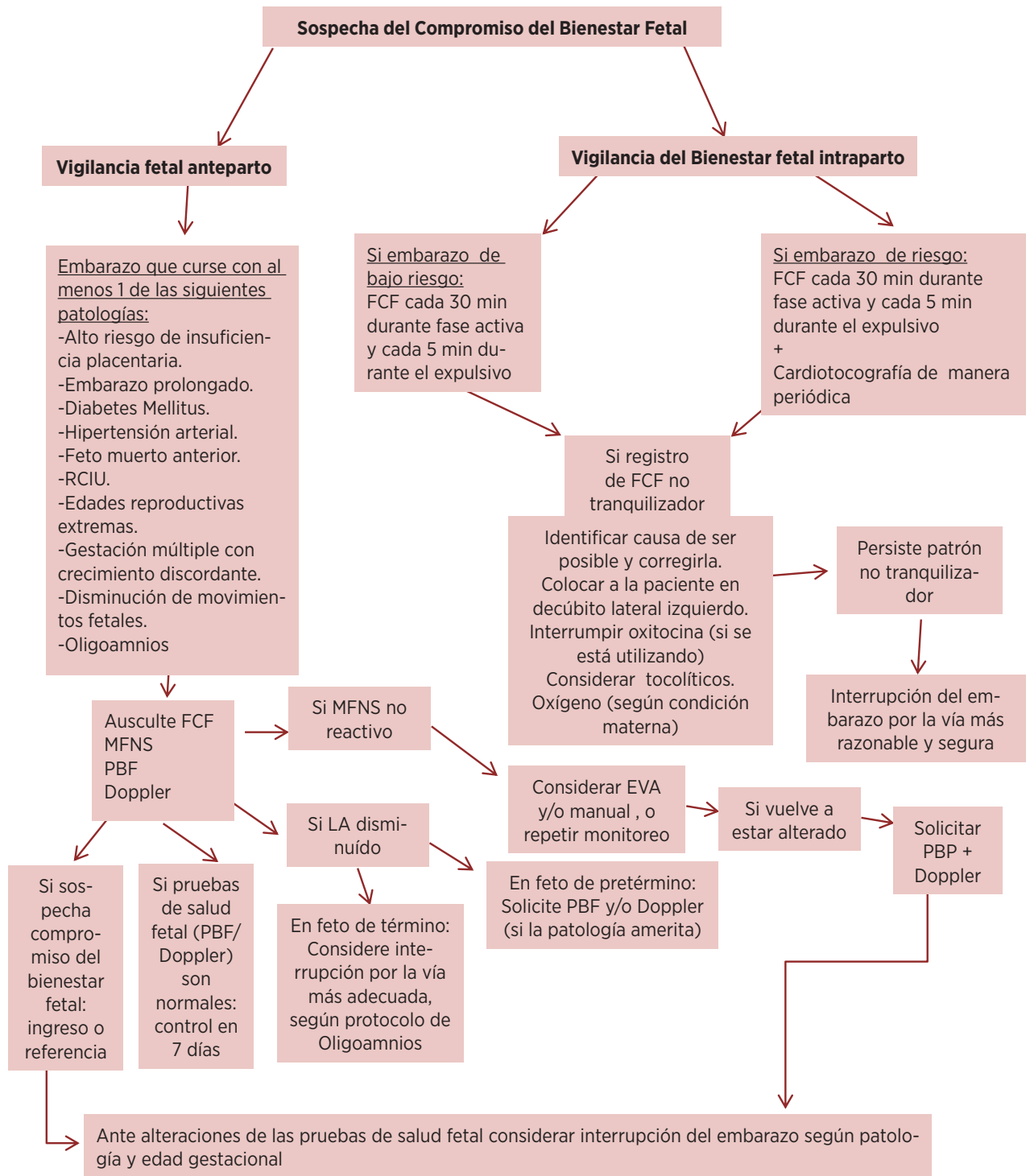
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SOSPECHA DEL COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL																				
	I	II	III																		
VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL ANTEPARTO.																					
1. Indicaciones para la vigilancia fetal ante parto: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con alto riesgo de insuficiencia placentaria. • Embarazo prolongado. • Diabetes mellitus. • Hipertensión. • Feto muerto anterior. • Restricción del crecimiento fetal. • Edades reproductivas extremas. • Gestación múltiple con crecimiento discordante. • Disminución de movimientos fetales. • Oligoamnios. 	X	X	X																		
2. Si la madre reporta disminución de movimientos fetales o el embarazo cursa con cualquiera de las patologías mencionadas o el médico considere que pueden alterar el bienestar fetal: <ul style="list-style-type: none"> • Ausculte la FCF por cualquier método para verificar su rango normal. • Solicite si dispone (o proceda a la referencia correspondiente) una monitorización fetal con prueba no estresante. • Solicite un Perfil Biofísico Fetal y/o una ecografía para verificar el ILA y/o bolsillo mayor. • Solicite Doppler Materno – Fetal. 	X	X	X																		
3. Con la sospecha probable de compromiso del bienestar fetal, disponga su ingreso al servicio (área de exámenes u observación o emergencia) o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X																		
4. Si las pruebas de Salud Fetal (Doppler/PBF) son normales: control en 7 días por Consultorio Externo.		X	X																		
5. A) Si el monitoreo fetal no estresante es no reactivo considere estimulación vibro acústica (si dispone) y/o estimulación manual, o repetir monitoreo fetal, si vuelve a estar alterado solicitar PBF más Doppler. B) Si el líquido amniótico está disminuido, solicite PBF y/o Doppler (si feto es de pretérmino) si la patología lo amerita. Si es de término considere la interrupción del embarazo por la vía más adecuada (Ver Protocolo de Oligoamnios).		X	X																		
6. Si existieran alteraciones en las pruebas de Salud Fetal considerar internación e interrupción del embarazo según patología y edad gestacional.		X	X																		
7. Si usted realizó Perfil Biofísico Fetal: siga los siguientes lineamientos según el resultado de la prueba ²		X	X																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INTERPRETACIÓN</th> <th>CONDUCTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10/10</td> <td>Feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal</td> <td>Repetir cada semana, en diabética y embarazo prolongado >41 semanas 2 veces por semana.</td> </tr> <tr> <td>8/10</td> <td>Feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal</td> <td>Igual a 10/10. Si hay oligoamnios finalizar el embarazo.</td> </tr> <tr> <td>6/10</td> <td>Sospecha de compromiso e hipoxia fetal</td> <td>Repetir a las 2 hs. Si hay oligoamnios o >36 semanas, finalizar el embarazo.</td> </tr> <tr> <td>4/10</td> <td>Probable compromiso e hipoxia fetal</td> <td>Si <32 semanas, repetir a las 2 hs. Si >32 semanas, finalizar el embarazo.</td> </tr> <tr> <td>2/10</td> <td>Hipoxia fetal</td> <td>Finalizar el embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional.</td> </tr> </tbody> </table>		INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	10/10	Feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal	Repetir cada semana, en diabética y embarazo prolongado >41 semanas 2 veces por semana.	8/10	Feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal	Igual a 10/10. Si hay oligoamnios finalizar el embarazo.	6/10	Sospecha de compromiso e hipoxia fetal	Repetir a las 2 hs. Si hay oligoamnios o >36 semanas, finalizar el embarazo.	4/10	Probable compromiso e hipoxia fetal	Si <32 semanas, repetir a las 2 hs. Si >32 semanas, finalizar el embarazo.	2/10	Hipoxia fetal	Finalizar el embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional.			
	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA																			
10/10	Feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal	Repetir cada semana, en diabética y embarazo prolongado >41 semanas 2 veces por semana.																			
8/10	Feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal	Igual a 10/10. Si hay oligoamnios finalizar el embarazo.																			
6/10	Sospecha de compromiso e hipoxia fetal	Repetir a las 2 hs. Si hay oligoamnios o >36 semanas, finalizar el embarazo.																			
4/10	Probable compromiso e hipoxia fetal	Si <32 semanas, repetir a las 2 hs. Si >32 semanas, finalizar el embarazo.																			
2/10	Hipoxia fetal	Finalizar el embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional.																			
8. Para finalización del embarazo seguir protocolo de Atención del parto normal, protocolo de inducción-conducción o protocolo de cesárea.		X	X																		

2 Adaptado de Manning, F. Biophysical profile store. 1992.

VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL INTRAPARTO.	NIVEL		
9. Si se está atendiendo un embarazo de bajo riesgo el manejo es el mismo de la atención según Protocolo de atención del parto normal: Registro de frecuencia cardíaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo (Después de las contracciones). La cardiotocografía continua no ha demostrado beneficio en embarazos de bajo riesgo.		X	X
10. Si el embarazo hace pensar en compromiso del bienestar fetal por embarazo de riesgo, además del registro de frecuencia cardíaca fetal por cualquier método cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo , registre por cardiotocografía de manera periódica o continua según los hallazgos.		X	X
11. Si el registro de la FCF es no tranquilizador debe reunir alguna de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Desaceleraciones tardías persistentes o Dips II (>50% de las contracciones). • Desaceleraciones variables no tranquilizadoras o Dips III: progresivamente profundas. • Con taquicardia o pérdida de la variabilidad. • Con retorno lento a la basal. • Trazado sinusoidal. • Desaceleraciones prolongadas recurrentes. • Patrones confusos: ausencia de variabilidad sin desaceleraciones. • Patrones inusuales. 		X	X
12. Si existe un patrón de FCF que sugiere compromiso hipóxico en desarrollo o es no tranquilizador: <ul style="list-style-type: none"> • Identifique la causa cuando sea posible (hipotensión postural, por anestesia epidural, etc.). • Corrija la causa (líquidos EV). • Coloque a la embarazada en decúbito lateral izquierdo, para mejorar la perfusión y evitar aspiración si vomita. • Interrumpa la oxitocina si está utilizándola. • Si las contracciones no ceden considere el uso de tocolíticos. • Use oxígeno a 4 l/min por bigotera o 10 l/min por mascarilla si la condición materna es de hipoxia (cardiopatía, eclampsia, EPOC, etc.). 		X	X
14. Si el patrón no tranquilizador persiste luego de estas medidas y no se puede comprobar la ausencia de acidosis proceda a un parto o cesárea inmediata, por la vía más razonable y segura.		X	X
15. Si la prueba demuestra que el estado fetal no está comprometido proceda según la atención del parto normal (atención de parto)		X	X
16. La administración de oxígeno fue usada muy frecuentemente y poco evaluada en el pasado y aún se sigue utilizando, pero su uso prolongado puede ocasionar un incremento de la acidosis metabólica lo que demuestra que además de ser inefectivo, pudiera ser perjudicial.	X	X	X
17. Agentes tocolíticos administrados intraparto al disminuir la contractilidad uterina mejoran la oxigenación útero placentaria y mejora las anormalidades de FCF.	X	X	X
NOTAS			
18. La cardiotocografía o monitorización fetal electrónica es un método subóptimo de determinación de hipoxia y acidosis fetal pues muchos factores pueden alterar la FCF e imitar los cambios de la acidosis e hipoxia. Cuando el patrón de FCF es normal, la predicción de ausencia de compromiso de bienestar fetal es alta, pero cuando es anormal, su fiabilidad en la predicción de asfixia es baja.			
19. No se ha demostrado que la administración prenatal de glucosa materna reduzca las pruebas de cardiotocografía no reactivas. Se necesitan más ensayos para ofrecer pruebas de mayor solidez, así como para determinar la dosis óptima y evaluar la eficacia, fiabilidad predictiva, seguridad y resultado perinatal de la administración de glucosa unida a la cardiotocografía y otras pruebas de bienestar fetal.			
20. La amnioinfusión parece reducir la incidencia de desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca y disminuye el uso de la cesárea. Sin embargo, los estudios se realizaron en lugares donde la alteración del bienestar fetal no se confirmó por muestreo de sangre fetal. Por lo tanto, los resultados quizás sean sólo relevantes para aquellos casos donde las cesáreas se realizan generalmente, por frecuencia cardíaca fetal anormal.			

21. Actualmente no hay ensayos controlados aleatorios que se centren en la seguridad y la eficacia de la estimulación vibroacústica utilizada para evaluar el bienestar fetal durante el trabajo de parto, en presencia de un trazado cardiotocográfico poco confiable. Aunque se ha propuesto que la estimulación vibroacústica es una herramienta sencilla y no invasiva para la evaluación del bienestar fetal, no hay pruebas suficientes a partir de los ensayos aleatorios que apoyen la recomendación de su uso para la evaluación del bienestar fetal durante el trabajo de parto, en presencia de un trazado cardiotocográfico poco confiable.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



DIABETES Y EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O24.0	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo
O24.1	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo
O24.2	Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo
O24.3	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo
O24.4	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo
O24.9	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo

INTRODUCCIÓN

La hiperglucemia durante el embarazo es un fenómeno deletéreo tanto para la madre como para el producto y para la evolución general del embarazo durante todos los periodos del mismo. Los valores normales de la glucemia de una mujer en el primer trimestre de su embarazo son en ayunas de $69,3 \pm 5,7$ mg/dL y a la hora post-prandial es de $108,4 \pm 6$ mg/dL. Hoy sabemos que cualquier cifra por encima de estos valores incrementan los riesgos feto-maternos de complicaciones, con un énfasis en las malformaciones congénitas si la hiperglucemia se constata en el primer trimestre del embarazo. La situación tendrá sus matices según la paciente sea conocida diabética previamente al embarazo, intolerante a la glucosa o si se desarrolla a partir de las 20 semanas en adelante.

Tomando en cuenta este contexto se han establecido definiciones operativas para establecer protocolos de conducta a saber:

DEFINICIONES

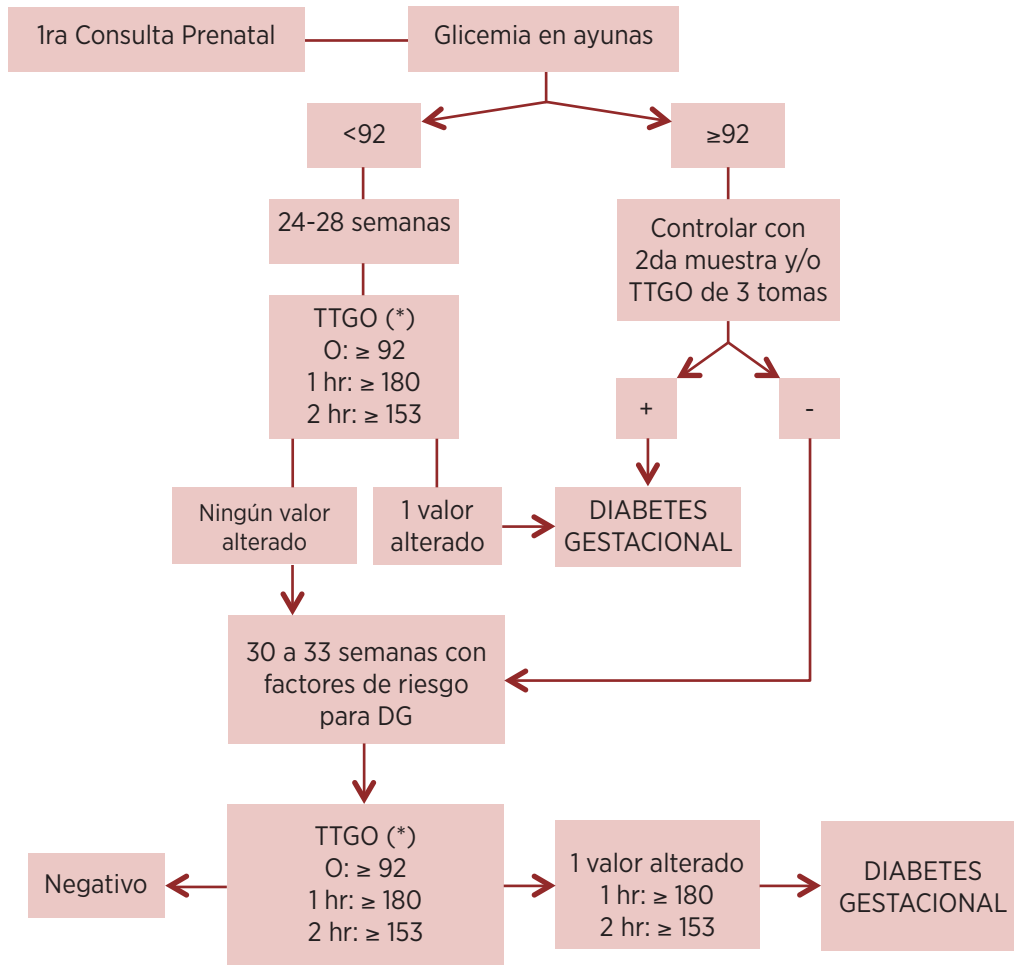
DIABETE MELLITUS	Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia debida a un defecto en la secreción de insulina, en su acción, o ambas. La hiperglucemia crónica está asociada a largo plazo con daño, disfunción y falla de diversos órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.
CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo 1: debida a destrucción de células beta • Diabetes tipo 2: debida a un deterioro progresivo de la secreción de insulina. • Diabetes gestacional: Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo. • Otros tipos de Diabetes: diabetes monogénicas, diabetes inducida a drogas o químicos, enfermedades del páncreas exocrino, otros.

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES DURANTE LA GESTACIÓN	NIVEL		
	I	II	III
1. Solicite glucemia basal en la consulta pre gestacional y/o prenatal.	X	X	X
2. Realice o complete la Historia Clínica perinatal y el carnet perinatal.	X	X	X
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.	X	X	X
4. Solicitar Glucemia basal en la primera consulta prenatal. <ul style="list-style-type: none"> • Si la Glucemia basal es menor a 92 mg/dL, realizar Test de Tolerancia a la Glucosa (TTOG) con 75 gramos de glucosa anhidra, de tres tomas (en ayunas, a la hora y a las 2 horas) entre las 24-28 semanas de gestación. • Si la Glucemia basal es ≥ 92 a 125 mg/dL, repetir la Glucemia basal dentro de los 7 días y si el dato se confirma asumir el diagnóstico de Diabetes Gestacional. • Si la Glucemia basal es ≥ 126 mg/dL, confirmar con una segunda Glucemia en ayunas o con una TTOG dentro de los 7 días y si el dato en ayunas se confirma y/o la glucemia a las 2 horas es ≥ 200 mg/dL se asume con mayor fuerza el diagnóstico de Diabetes Pre gestacional si primer CPN fue en la primera mitad del embarazo. • Este mismo diagnóstico se asume si se constata una Glucemia al azar mayor de 200 mg/dL con síntomas claros de diabetes a cualquier edad gestacional. 	X	X	X
5. Test de Tolerancia Oral de la Glucosa (TTOG) con 75 gr. de glucosa anhidra a las 24 a 28 semanas de gestación: prueba a realizarse en la mañana con la paciente en ayunas de 8 horas. Tres o más días previos a la prueba debe estar con dieta libre con un mínimo de 150 gr de hidratos de carbono/día con actividad física habitual. Durante la prueba no se debe fumar ni ingerir alimentos y la paciente permanecerá en reposo. No deberá estar recibiendo fármacos que modifiquen la prueba (corticoides, beta adrenérgicos, etc.) ni cursando proceso infeccioso. Luego de la primera extracción para glucosa basal la paciente ingerirá 75 gr de glucosa anhidra disuelta en 375 cc de agua a temperatura ambiente y deberá tomar en un tiempo no mayor a 10 minutos. A los 60 y 120 minutos se volverá a extraer muestra de sangre para la segunda y tercera medición.	X	X	X

<p>CRITERIO DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL EN EL TEST DE TOLERANCIA ORAL DE LA GLUCOSA (TTOG) Ayunas (O): igual o mayor 92 mg/dl A la hora Post-Carga (1hr): 180 mg/dl A las 2 hrs Post-Carga (2hr): 153 mg/dl El diagnóstico de diabetes gestacional se realiza con 1 o más valores constatados o excedidos.</p>	X	X	X
6. Se recomienda repetir la TTOG a las 30 a 33 semanas en caso de haber sido negativo a las 24 a 28 semanas en un paciente con varios factores de riesgo de alto impacto para el desarrollo de diabetes gestacional.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a la de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
<p>9. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DIABETES GESTACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad \geq 30 años • Antecedente de diabetes en familiares de primer grado. • Obesidad: Índice de masa corporal (IMC \geq 25) • Antecedente de glucosa alterada en ayunas o intolerancia a la glucosa • Antecedente de DG en embarazo anterior • Antecedente de macrosomía en embarazo anterior: peso al nacer de \geq 4.000 g. • Signos previos al embarazo de insulino resistencia • Antecedente de bajo o alto peso al nacer de la madre (<2.500 y >4.000) • SOP • Origen étnico con alta prevalencia de diabetes (latinos, afroamericanos, americanos nativos) • Abortos recurrentes o muerte prenatal sin causa conocida. 	X	X	X
10. Pacientes conocidas con diabetes que se embarazaron deben ser derivadas a centros que cuenten con un equipo multidisciplinario.		X	X

MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL	NIVEL		
	I	II	III
1. Intervención en el estilo de vida: nutrición y actividad física.	X	X	X
2. Automonitoreo	X	X	X
3. Terapia farmacológica: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de insulino terapia. • Fármacos hipoglucemiantes de criterio vigente. 		X	X
4. El manejo de la diabetes gestacional es de resorte multidisciplinario ginecológico especializado y metabólico a cargo de clínicos con experiencia y/o endocrinólogos.		X	X
5. En cuanto al control metabólico, los componentes del manejo incluyen intervención en el estilo de vida, el Automonitoreo de la glicemia capilar y eventual terapia con fármacos en primer lugar con insulina y/o antidiabéticos orales de criterio vigente.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



Si la glicemia de la primera consulta es ≥ 126 confirmada en una segunda toma y/o $\text{HbA1c} \geq 6,5\%$ se asume que el diagnóstico de Diabetes Pre Gestacional.

EMBARAZO PROLONGADO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O48	Embarazo prolongado

DEFINICIONES

EMBARAZO PROLONGADO	<ul style="list-style-type: none"> Gestación que cronológicamente supera las 42 semanas (>294 días) desde la fecha de la última menstruación (ACOG 2004 y OMS 2002). También llamado Embarazo de postérmino. Los componentes de la morbi mortalidad perinatal aumentan desde la semana 41 y más desde la semana 42: muerte fetal intraútero, muerte intraparto, muerte neonatal, insuficiencia placentaria, oligoamnios, restricción de crecimiento fetal, aspiración meconial, distress respiratorio, inducción, cesáreas y distocias.
----------------------------	--

DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO PROLONGADO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> > 42 semanas por FUM confiable y segura, o ecografía del primer trimestre. Ritmo menstrual regular. Dinámica uterina ausente o con poca actividad. Ausencia de otra sintomatología de trabajo de parto. Movimientos fetales disminuidos o no.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold. Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto. Diagnóstico de la etapa y la fase del trabajo de parto por examen o tacto vaginal para valorar Índice de Bishop. Tacto vaginal para determinación de desproporción céfalo-pélvica. Auscultación fetal por cualquier método. Descartar Macrosomía fetal.
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo) desde semana 41 con intervalo de cada 3 días. Ecografía: oligoamnios, restricción de crecimiento fetal, macrosomía, ILA o medición del bolsillo mayor.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

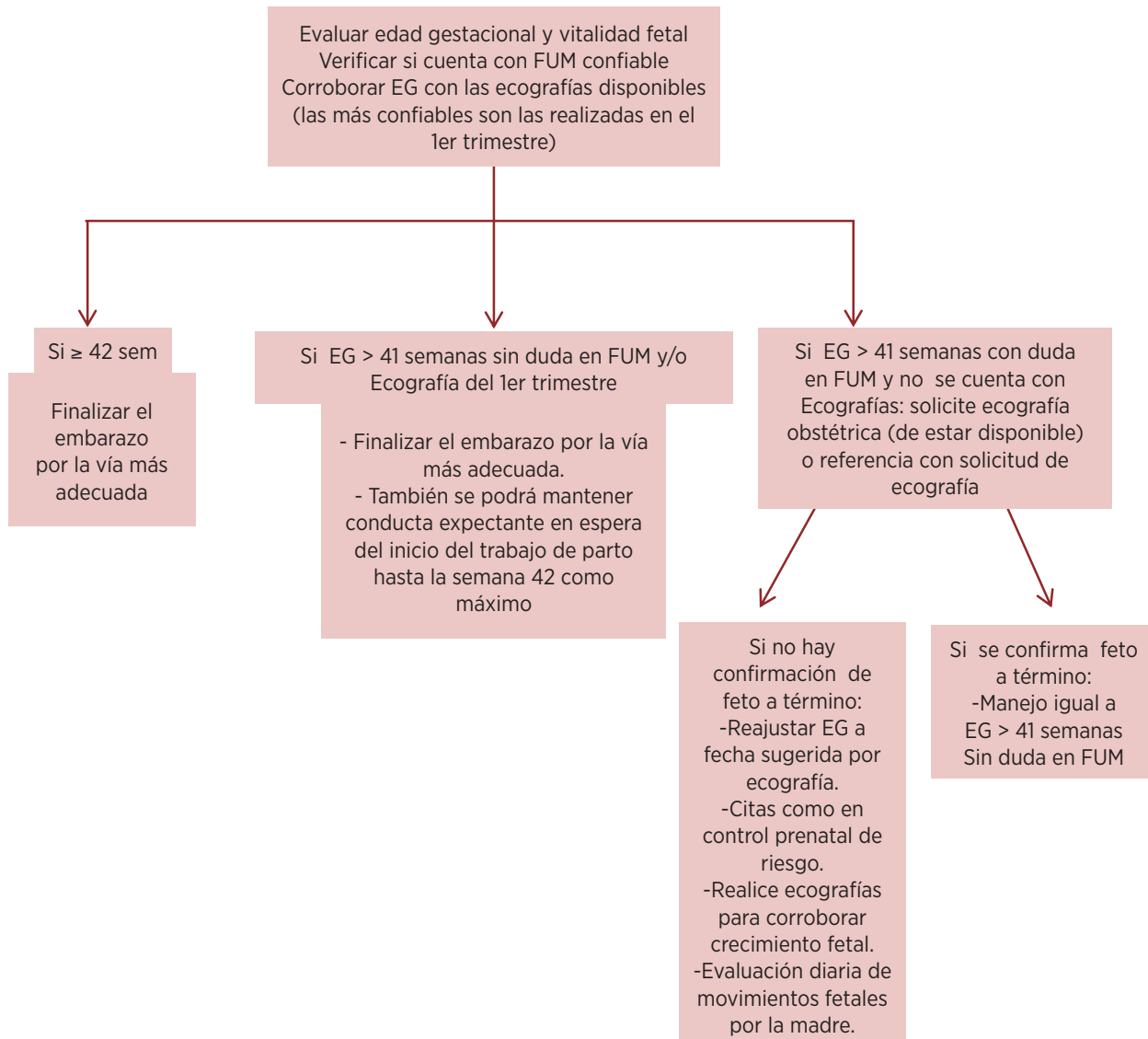
- Embarazo post amenorrea de lactancia.
- Fecha de última menstruación incierta o dudosa.
- Restricción de crecimiento fetal.
- Macrosomía fetal.

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO PROLONGADO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL EMBARAZO PROLONGADO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Si la paciente acude al control prenatal o en trabajo de parto y sospecha embarazo prolongado sea minucioso en evaluar edad gestacional y vitalidad fetal.	X	X	X
2. Verifique si la fecha de última menstruación está disponible y confiable, debe reunir los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> Ritmo menstrual regular. No uso de anticonceptivos 6 meses previos al embarazo. No haber tenido hemorragia del primer trimestre. 	X	X	X
3. Realice evaluación clínica y obstétrica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura (Registrar en la Escala de Alerta Precoz); estimación de la edad gestacional, frecuencia cardíaca fetal por cualquier método.	X	X	X
4. Correlacione la Relación altura uterina / edad gestacional <ul style="list-style-type: none"> Si es mayor, sospeche macrosomía o embarazo múltiple, o polihidramnios. Si es menor, sospeche restricción de crecimiento fetal o error en la FUM por parte de la paciente. 	X	X	X
5. Corrobore con las ecografías disponibles. Las más confiables para esta relación son las ecografías realizadas en el primer trimestre, pues tienen una falla de (+/-) 7 días hasta la semana 20 aproximadamente, de (+/-)14 días hasta la semana 30 y (+/-) 21 días hasta la semana 42.	X	X	X

6. Si dispone de ecografía en su unidad, proceda con el protocolo. Si no dispone de ecografía y no está en trabajo de parto refiera a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con la paciente y el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal	X	X	X
MANEJO DEL EMBARAZO >41 SEMANAS SIN DUDA EN FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION Y/O ECOGRAFÍA DEL 1º TRIMESTRE	NIVEL		
1. Se recomendará la finalización de la gestación por la vía más adecuada (asociada a una disminución de la morbi-mortalidad perinatal) o se podrá mantener una conducta expectante con controles antenatales en espera del inicio del trabajo de parto hasta la semana 42 como máximo.	X	X	X
2. Si se optara por una conducta expectante: Evaluación diaria por parte de la madre de movimientos fetales. No es necesario hacer un recuento preciso del número de movimientos, pero la madre debe tener conciencia de su presencia tal cual como los ha percibido hasta la semana 41. Evaluar por ecografía el peso fetal y el ILA. Si ecografía sugiere: macrosomía (Peso fetal estimado \geq Percentil 90 para la edad gestacional) o restricción del crecimiento fetal, con oligoamnios, o si hay reducción de los movimientos fetales, solicite un perfil biofísico fetal.		X	X
3. Solicite cada 72 horas Perfil Biofísico fetal como prueba indirecta de bienestar fetal y suficiencia placentaria.		X	X
4. Si perfil biofísico fetal normal, mantenga conducta expectante; si existe consentimiento luego de explicar riesgos y beneficios a la mujer y familiar.		X	X
5. Realice Tacto Vaginal para proceder a despegar membranas (Maniobra de Hamilton) si existe consentimiento luego de explicar riesgos y beneficios a la mujer.		X	X
6. Si perfil biofísico fetal <6 , proceda a prueba de tolerancia a las contracciones y/o inducto conducción o cesárea por motivo justificado con consentimiento luego de explicar riesgos y beneficios a la mujer y familiar.		X	X
7. Si embarazo completa las 42 semanas con el diagnóstico de embarazo prolongado proceda a inductoconducción o cesárea según protocolo. Disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.		X	X
MANEJO DEL EMBARAZO >41 SEMANAS CON DUDA EN FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN Y NO SE CUENTA CON ECOGRAFÍAS	NIVEL		
1. Si la FUM no está disponible, si estaba en amenorrea de lactancia o no se corresponde con la relación altura de fondo uterino/edad gestacional, solicite ecografía de confirmación si estuviera disponible o solicite la ecografía en la hoja de referencia.	X	X	X
2. Si NO hay confirmación de feto a término , programe las citas para un control prenatal de riesgo, reajustando edad gestacional a fecha sugerida por la ecografía.	X	X	X
3. Realice ecografías para corroborar el crecimiento fetal acorde con la edad sugerida por la ecografía. Luego de dos confirmaciones, reasigne fecha probable de parto.	X	X	X
4. Evalúe diariamente por parte de la madre: Movimientos fetales. No es necesario hacer un recuento preciso del número de movimientos, pero la madre debe tener conciencia de su presencia tal cual como los ha percibido hasta semana 41 (Si no es así debe acudir a la urgencia).		X	X
5. Si se CONFIRMA feto a término por ecografía , programe las citas acorde con lo descrito en manejo del embarazo >41 semanas sin duda en la fecha de última menstruación.		X	X
6. Si embarazo completa las 42 semanas con el diagnóstico de embarazo prolongado proceda a inductoconducción o cesárea según protocolo. Disponga su ingreso al servicio o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet.		X	X
7. SI PACIENTE CON SOSPECHA DE EMBARAZO PROLONGADO ACUDE EN TRABAJO DE PARTO MANEJE SEGÚN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO, PROTOCOLO DE INDUCTOCONDUCCIÓN Y PROTOCOLO DE COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



HEMORRAGIAS DE LA 1^{RA} MITAD DEL EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE
O 021	Aborto diferido
O 03	Aborto espontáneo
O 04	Aborto médico (incluye aborto terapéutico y legal)
O 05	Otro aborto
O 06	Aborto no especificado (provocado, incluye aborto inducido)
O 07	Intento fallido de aborto (excluye incompleto)
O 08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola
O 020 0	Amenaza de aborto

ABORTO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE
O 021	Aborto diferido
O 03	Aborto espontáneo
O 04	Aborto médico (incluye aborto terapéutico y legal)
O 05	Otro aborto
O 06	Aborto no especificado (provocado, incluye aborto inducido)
O 07	Intento fallido de aborto (excluye incompleto)
O 08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola
O 020 0	Amenaza de aborto

DEFINICIONES

ABORTO	Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.
AMENAZA O CONNATO DE ABORTO	Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.
ABORTO EN CURSO (INEVITABLE)	Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.
ABORTO INCOMPLETO	Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.
ABORTO COMPLETO	Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.
ABORTO DIFERIDO / MISSED ABORTIUM	Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
ABORTO SÉPTICO	Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado, acompañada de otros signos como dolor uterino, fetidez o pus.

DIAGNÓSTICO DE ABORTO

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea / Retraso menstrual • Sangrado genital variable. • Dolor.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado genital variable • Pérdida de líquido por vagina. • Modificaciones o no del cuello de útero. • Temperatura $\geq 38^\circ$
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de embarazo en orina o sangre positiva. • Hemograma, PCR, crasis, tipificación. • Ecografía abdominal o transvaginal.

DIAGNÓSTICO DE ABORTO POR CLASIFICACIÓN CLÍNICA

DX	TIPO DE ABORTO	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO EN CURSO O INEVITABLE	ABORTO INCOMPLETO	ABORTO COMPLETO	ABORTO DIFERIDO	ABORTO SÉPTICO
HISTORIA CLÍNICA – EXAMEN FÍSICO	ÚTERO / EG	Acorde	Acorde	Menor	Menor	Menor	Mayor o blando
	ACTIVIDAD UTERINA - DOLOR	+	+++	++	-	+ / -	++
	SANGRADO	+ / no	+++	++	+ / no	+ / -	+ / - Pus. Fetidez
	CAMBIOS EN CUELLO	NO	SI	SI	SI	NO	SI
	EXPULSIÓN DE RESTOS	NO	SI	SI	SI / NO	NO	Fetidez
EXÁMENES	HCGB	+	+	+ -	-	+	+
	ECOGRAFÍA	FCF +	FCF - o + LA Ausente o Presente	Restos	Útero vacío	FCF - EG menor	Restos + ++

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hemorragia y Shock hipovolémico en Obstetricia
- Pólipo cervical
- Cervicitis

TRATAMIENTO DEL ABORTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA AMENAZA DE ABORTO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Si se presenta sangrado vaginal activo o abundante proceder a la internación.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registrar en Hoja con Escala de Alerta Precoz.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método (si aplica) y especuloscopia.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, Orina simple.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X

6. Tranquile a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. No administre de rutina tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolítico, pues no impiden un aborto. Por lo general el tratamiento médico no es necesario.	X	X	X
10. Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo.	X	X	X
11. INDICACIONES AL ALTA: <ul style="list-style-type: none"> • Reposo en cama (no indispensable, considere factores socio culturales y familiares). • No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo. • Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica). • Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual. 	X	X	X
12. Si la paciente tiene antecedente de abortos previos consecutivos disponga el ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad con epicrisis o carnet prenatal para evaluación de incompetencia cervical o aborto habitual.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO EN CURSO O INEVITABLE, INCOMPLETO, COMPLETO Y DIFERIDO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en Hoja de Escala de Alerta Precoz.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital, especuloscopia y tacto vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, Orina simple.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquile a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalice una vía endovenosa con Cat 16 - 18 y soluciones cristaloides (SF 0,9% o Lactato Ringer).	X	X	X
10. Manejo de shock hipovolémico: si aplica (Código Rojo).	X	X	X
11. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal y la hoja de Escala de Alerta Precoz.	X	X	X
12. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnóstico por clasificación clínica.		X	X
13. Brinde consejería sobre anticoncepción post-aborto.		X	X

14. EVACUACIÓN UTERINA (si la actividad cardíaca embrionaria o fetal es negativa) por: <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración Manual Endouterina (AMEU). En embarazos menores a 13 semanas. Aborto diferido: Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 3 horas (hasta 2 dosis), ó 600 ug sublingual cada 3 horas (hasta 2 dosis) previo a AMEU. (Regímenes Recomendados FIGO 2017) Aborto incompleto: 600 ug vía oral en 1 sola dosis ó 400 ug sublingual en 1 dosis o 400-800 ug vía vaginal en 1 dosis. • Legrado uterino instrumental (LUI). En embarazos de 13 a 22 semanas luego de expulsión del producto. Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 200 ug por vía vaginal (o sublingual o bucal) cada 4 a 6 horas (hasta 5 dosis) previo a LUI. (Regímenes Recomendados FIGO 2017) En caso de cicatriz anterior, espaciar a cada 6 horas. • La administración con oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 22 semanas para eliminación de producto y posterior LUI. • Brinde consejería en anticoncepción post aborto. 	X	X
15. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico . Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.	X	X
16. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas post-evacuación. Utilice la hoja de Escala de Alerta Precoz.	X	X
17. INDICACIONES AL ALTA: <ul style="list-style-type: none"> • Dieta habitual. • Actividad ambulatoria progresiva. • Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas, o Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días, o Diclofenac 50 mg cada 8 horas por 3 días. • Orientación en forma oral y escrita sobre signos de alarma: fiebre, dolor y sangrado. • Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. Brinde consejería y proporcione un método anticonceptivo acorde con las necesidades de la paciente. 	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO SÉPTICO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en hoja de Escala de alerta precoz.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y especuloscopía (para detectar instrumentación previa) y tacto vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTPa, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, Orina simple.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, hemocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalización de dos vías endovenosas con Cat 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9%).	X	X	X
10. Manejo de shock séptico (si aplica).	X	X	X
11. Disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad con epicrisis o carnet prenatal para evacuación uterina.	X	X	X

12. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos o con antipiréticos si no cede con medios físicos.	X	X	X
13. ANTIBIOTICOTERAPIA EV por 72 horas o hasta que la fiebre remita: Administre 2 ATB <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina: 1g cada 6 horas + Metronidazol: 500 mg cada 8 horas Cefazolina: 1g cada 6 horas + Metronidazol: 500 mg cada 8 horas Ceftriaxona: 1g cada 12 horas + Metronidazol: 500 mg cada 8 horas Gentamicina: 80 mg cada 8 horas + Metronidazol: 500 mg cada 8 horas Gentamicina: 80 mg cada 8 horas + Clindamicina: 500 mg cada 8 horas Ampicilina/Sulbactam: 1,5 a 3 g cada 6 horas + Clindamicina: 500 mg cada 8 horas Otra alternativa de tratamiento, dependiendo del servicio, es realizar 3 ATB con: Ampicilina 2g EV cada 6 horas+ Gentamicina 5 mg/Kg EV cada 24 horas + Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas 	X	X	X
14. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina.		X	X
15. EVACUACIÓN UTERINA: <ul style="list-style-type: none"> Aspiración Manual Endouterina (AMEU). En embarazos menores a 13 semanas. Aborto diferido: Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 3 horas (hasta 2 dosis), ó 600 ug sublingual cada 3 horas (hasta 2 dosis) previo a AMEU. (Regímenes Recomendados FIGO 2017) Aborto incompleto: 600 ug vía oral en 1 sola dosis ó 400 ug sublingual en 1 dosis o 400-800 ug vía vaginal en 1 dosis. Legrado uterino instrumental (LUI). En embarazos de 13 a 22 semanas luego de expulsión del producto. Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 200 ug por vía vaginal (o sublingual o bucal) cada 4 a 6 horas (hasta 5 dosis) previo a LUI. (Regímenes Recomendados FIGO 2017) En caso de cicatriz anterior, espaciar a cada 6 horas. La administración con oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 22 semanas para eliminación de producto y posterior LUI. 		X	X
16. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas post-evacuación y luego cada 8 horas hasta el alta. Utilice hoja de Escala de Alerta Precoz.		X	X
17. Toxoide tetánico 1 ampolla IM si se sospecha o confirma instrumentación o manipulación previa.		X	X
18. Si el cuadro empeora, utilizando escala de alerta precoz (fiebre no cede a las 72 horas o presenta sangrado hemopurulento o presenta fetidez), considere shock séptico: <ul style="list-style-type: none"> Evalúe rotación de antibióticos según criterio médico o resultado de hemocultivo. Considere drenaje o histerectomía por colección intraabdominal. 			
19. INDICACIONES AL ALTA (superado el cuadro séptico): <ul style="list-style-type: none"> Dieta habitual. Actividad ambulatoria progresiva. Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas, ó Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días, ó Diclofenac 50 mg cada 8 horas por 3 días. Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. 		X	X

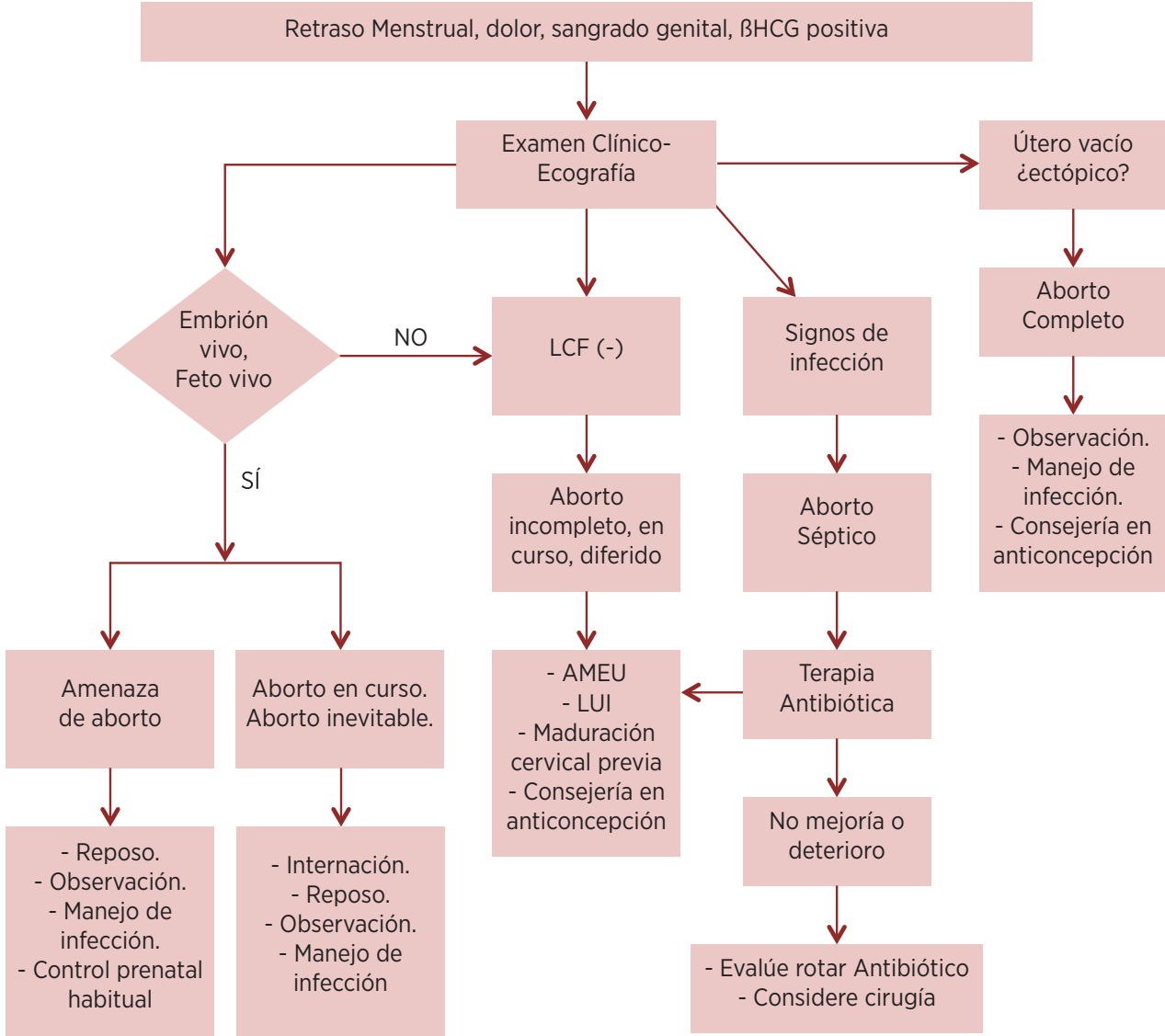
PROTOCOLO DE MANEJO DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
PREPARATIVOS DE AMEU			
1. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
3. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.	X	X	X
4. Administre a la mujer Ketorolac 60 mg IM 30 minutos antes del procedimiento en casos seleccionados para anestesia local.	X	X	X
5. Pregunte si es alérgica a los antisépticos y a los anestésicos.	X	X	X
6. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.	X	X	X
7. Asegure la disponibilidad de cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados.	X	X	X
8. Inspeccione la jeringa para la AMEU y prepárela (confirme que funciona el vacío).	X	X	X
9. Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente.	X	X	X
10. Verifique que la paciente se haya lavado y enjuagado a conciencia el área perineal.	X	X	X
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	X	X	X
12. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X	X
13. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel.	X	X	X
TAREAS PREVIAS AL PROCEDIMIENTO DE AMEU			
NIVEL			
1. Puede administrarse, según criterio médico, oxitocina 10 unidades IM o metilergonovina 0,2 mg IM.	X	X	X
2. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación del cuello uterino.	X	X	X
3. Introduzca suavemente el espéculo en la vagina y extraiga la sangre o tejido presentes utilizando una pinza de aro y gasa.	X	X	X
4. Aplique solución antiséptica dos veces a la vagina y al cuello uterino, utilizando gasa o una esponja de algodón.	X	X	X
5. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.	X	X	X
BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA).			
NIVEL			
1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringa e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las manecillas del reloj).	X	X	X
2. Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de aro).	X	X	X
3. Ejerza tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal.	X	X	X
4. Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de 3 mm de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. Aspire halando el émbolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso sanguíneo.	X	X	X
5. Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza. (Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor).	X	X	X

PROCEDIMIENTO DE AMEU	NIVEL		
1. Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo.	X	X	X
2. Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear el canal cervical y la cavidad uterina.	X	X	X
3. Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño; si no fue dilatado previamente con misoprostol.	X	X	X
4. Mientras mantiene fijo cuello uterino con la pinza, empuje la cánula elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no más de 10 cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo.	X	X	X
5. Conecte la jeringa al vacío para la AMEU a la cánula sosteniendo la cánula en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.	X	X	X
6. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.	X	X	X
7. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.	X	X	X
8. Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar.	X	X	X
9. Empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa.	X	X	X
10. Prepare nuevamente la jeringa, conéctela la cánula y libere la válvula/s de paso.	X	X	X
11. Verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, no se observa más tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula). Retire con delicadeza la cánula y la jeringa para la AMEU.	X	X	X
12. Separe la cánula de la jeringa para la AMEU y empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en una gasa.	X	X	X
13. Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el espéculo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento.	X	X	X
14. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.	X	X	X
15. Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total. Enjuague el tejido con agua o solución salina, si fuera necesario.	X	X	X
16. Si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico.	X	X	X
17. Si el útero todavía está blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.	X	X	X
18. Evalúe uso de oxitócicos de ser necesario.	X	X	X
19. Coloque el DIU en la cavidad uterina si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción. Toda vez que no haya contraindicaciones para la inserción.	X	X	X
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE AMEU	NIVEL		
1. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.	X	X	X

3.	Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones.	X	X	X
4.	Conecte la cánula usada a la jeringa para la AMEU y enjuague ambas a la vez aspirando y expulsando la solución de cloro al 0,5%.	X	X	X
5.	Desconecte la cánula de la jeringa y ponga en remojo ambas piezas, en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlas.	X	X	X
6.	Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
7.	Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire.	X	X	X
8.	Permita que la paciente descanse cómodamente durante al menos 30 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación con la hoja de Escala de Alerta Precoz.	X	X	X
9.	Verifique si hay sangrado o dolor antes de dar el alta.	X	X	X
10.	Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico . Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío, según disponibilidad del servicio.	X	X	X
11.	Dé instrucciones por escrito a la paciente sobre la atención postaborto y la aparición de las señales de alarma: fiebre, dolor y sangrado.	X	X	X
12.	Dígale cuándo debe regresar para la cita de seguimiento y evaluación del resultado histopatológico.	X	X	X
13.	Discuta con ella sus metas en lo que respecta a la reproducción, según sea apropiado, y proporcione un método de planificación familiar.	X	X	X
14.	Administrar Inmunoglobulina humana antiD en casos de pacientes Rh negativas posterior al procedimiento.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo del Aborto



EMBARAZO ECTÓPICO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 00	EMBARAZO ECTÓPICO (INCLUYE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO)
O 00 0	Embarazo abdominal
O 00 1	Embarazo tubárico
O 00 2	Embarazo ovárico
O 00 8	Otros embarazos ectópicos (Cervical, cornual, intraligamento)
O 00 9	Embarazo ectópico, no especificado
O 08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola

DEFINICIONES

EMBARAZO ECTÓPICO	Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con el 98% de los casos. Las localizaciones: abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentoso, son muy raras.
EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO	Gestación ectópica sin rotura y hemodinamia materna conservada.
EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO	Gestación ectópica con rotura, con o sin compromiso hemodinámico materno

DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Retraso menstrual / Amenorrea. Sangrado genital escaso. Dolor abdominal inferior. Factores de riesgo: Enfermedad pélvica inflamatoria o salpingitis crónica. ITS, especialmente gonorrea, antecedente de ectópico, cirugía abdominal o tubárica previa, uso de dispositivo intrauterino (DIU) o píldoras de progestina.
EXÁMENES FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Sangrado genital escaso. Masa anexial dolorosa a la palpación (no siempre presente al examen). Dolor unilateral en hemiabdomen inferior. Dolor a la movilización lateral del cérvix. Útero blando y/o ligeramente aumentado de tamaño, pero no acorde con el tiempo de amenorrea. Signos de Hemoperitoneo o shock hipovolémico: <ul style="list-style-type: none"> Abdomen distendido con matidez. Silencio abdominal. Masa o plastrón abdominal. dolor referido de hombro. fondo de saco posterior abombado. hipotensión, taquicardia, sudoración.
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma. TP, TTPA, plaquetas. Tipificación sanguínea. β-hcg cuantitativa y cualitativa positiva. ecografía abdominal o transvaginal.

USO DIAGNÓSTICO DE β -HCG Y ECOGRAFÍA EN MUJER CON SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO *

B-HCG **	ECOGRAFÍA ABDOMINAL	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
> 6000 mUI/ml	Saco intrauterino	Embarazo normal
> 6000 mUI/ml	Útero vacío	Ectópico muy probable
< 6000 mUI/ml	Saco intrauterino	Amenaza de aborto Aborto probable. - Solicite progesterona.
< 6000 mUI/ml	Útero vacío	Diagnóstico no definitivo. Ectópico improbable - Repita β -HCG en 7 días

La combinación β -HCG / ecografía supera los resultados de una culdocentesis.

** En el caso de utilizar Ecografía transvaginal el punto de referencia es de 1000 a 2000 mUI/ml. En gestaciones normales la β -HCG se incrementa un 67% cada 48 horas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Obstétricas: **amenaza de aborto y aborto.**
- Ginecológicas ruptura o torsión de quiste ovárico, leiomioma con degeneración y EPI.
- Digestivas: **apendicitis**, diverticulitis, enteritis regional y obstrucción intestinal.
- Urinarias: **infección de vías urinarias** y litiasis.
- Músculo esquelético: herpes zoster, lumbalgias y hernias.
- Otros: traumatismo abdominal

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

PROTOCOLO DE MANEJO PREQUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO. MANEJO URGENTE. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Evaluación clínica y obstétrica de la embarazada que incluya nivel de conciencia, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y examen vaginal. REGISTRE EN HOJA DE ESCALA DE ALERTA PRECOZ.	X	X	X
2. Identificación de problema o sospecha de embarazo ectópico.	X	X	X
3. Tranquilizar a la paciente e informar sobre los pasos a seguir.	X	X	X
4. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
5. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
6. Canalice dos vías periféricas con Cat 16 -18. Tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación.	X	X	X
Solicite los siguientes exámenes: Hemograma. • TP, TTPA, plaquetas • Tipificación. • β -HCG CUANTITATIVA Y CUALITATIVA • ECOGRAFÍA ABDOMINAL O TRANSVAGINAL para verificar la condición de ocupación de la cavidad uterina y anexos.	X	X	X
8. Con el diagnóstico probable de embarazo ectópico por clínica y correlación entre ecografía y β -HCG, disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, y la HOJA DE ESCALA DE ALERTA PRECOZ.	X	X	X
9. Manejo de shock (Si aplica. Ver capítulo correspondiente).	X	X	X
10. Solicitar derivados sanguíneos (concentrados de glóbulos rojos y plasma fresco congelado) si Hb < 7 g/dl.	X	X	X

11. Si la ecografía no está disponible, realice culdocentesis: <ul style="list-style-type: none"> • Positiva: CONFIRMA ECTÓPICO COMPLICADO, PROCEDA A LAPAROTOMÍA. • Negativa: realice diagnóstico diferencial. 			
12. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA SI: <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo ectópico complicado. • Embarazo ectópico no complicado que cursa con dolor y/o sangrado. 		X	X
13. Registre una nota explicativa con los hallazgos preoperatorios que justifican la intervención.		X	X
14. Correlacione los hallazgos de ecografía con el valor de β -HCG.		X	X
15. Firma del consentimiento informado por parte de la paciente o familiar autorizado.		X	X
16. Parte operatorio firmado por médico.		X	X
17. Comunicación del caso a Servicio de Anestesiología para valoración preanestésica.		X	X
18. Mantener a la paciente en ayuno desde el diagnóstico urgente de embarazo ectópico. Si la indicación de laparotomía es urgente administre antiemético: metoclopramida 1 amp EV.		X	X
19. Tricotomía del vello en el área operatoria antes de la cirugía. NO RASURE.		X	X
20. Considere la profilaxis de tromboembolia venosa con vendaje de miembros inferiores si tuviera factores de riesgo.		X	X
21. Retiro de prótesis y joyas, si las tuviera.		X	X

NINGÚN MIEMBRO DEL EQUIPO (CIRUJANO O ANESTESIOLOGO) DEBE ESPERAR A QUE LLEGUE LA SANGRE O LOS HEMODERIVADOS PARA PROCEDER A REALIZAR LA INTERVENCION QUIRÚRGICA si la paciente se encuentra con hemodinamia inestable.

PROTOCOLO DE MANEJO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Ingreso a Sala de Operaciones.		X	X
2. Comuniquese del ingreso a Anestesiología y Enfermería.		X	X
3. Coloque a la paciente en la posición correcta para la anestesia.		X	X
4. Preparación por parte de Enfermería de mesa de instrumentación y material quirúrgico necesario.		X	X
5. Aplicación de anestesia peridural - raquídea o general, según la gravedad del caso.		X	X
6. Colocación de la paciente en decúbito supino.		X	X
7. Monitorización continua de presión arterial, pulso y nivel de conciencia.		X	X
8. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal.		X	X
9. Colocación de sonda vesical Foley N° 16.		X	X
10. Lavado de manos y colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.		X	X
11. Colocación de campos quirúrgicos estériles.		X	X
12. Incisión transversal o media suprapúbica según el caso y experiencia del cirujano.		X	X
13. Apertura de pared abdominal y exposición de campo quirúrgico.		X	X
14. Identificación de embarazo ectópico.		X	X
15. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: Cefazolina 2 g PRE QUIRÚRGICO en dosis única ó 1 g EV cada 8 horas (por 3 dosis).		X	X

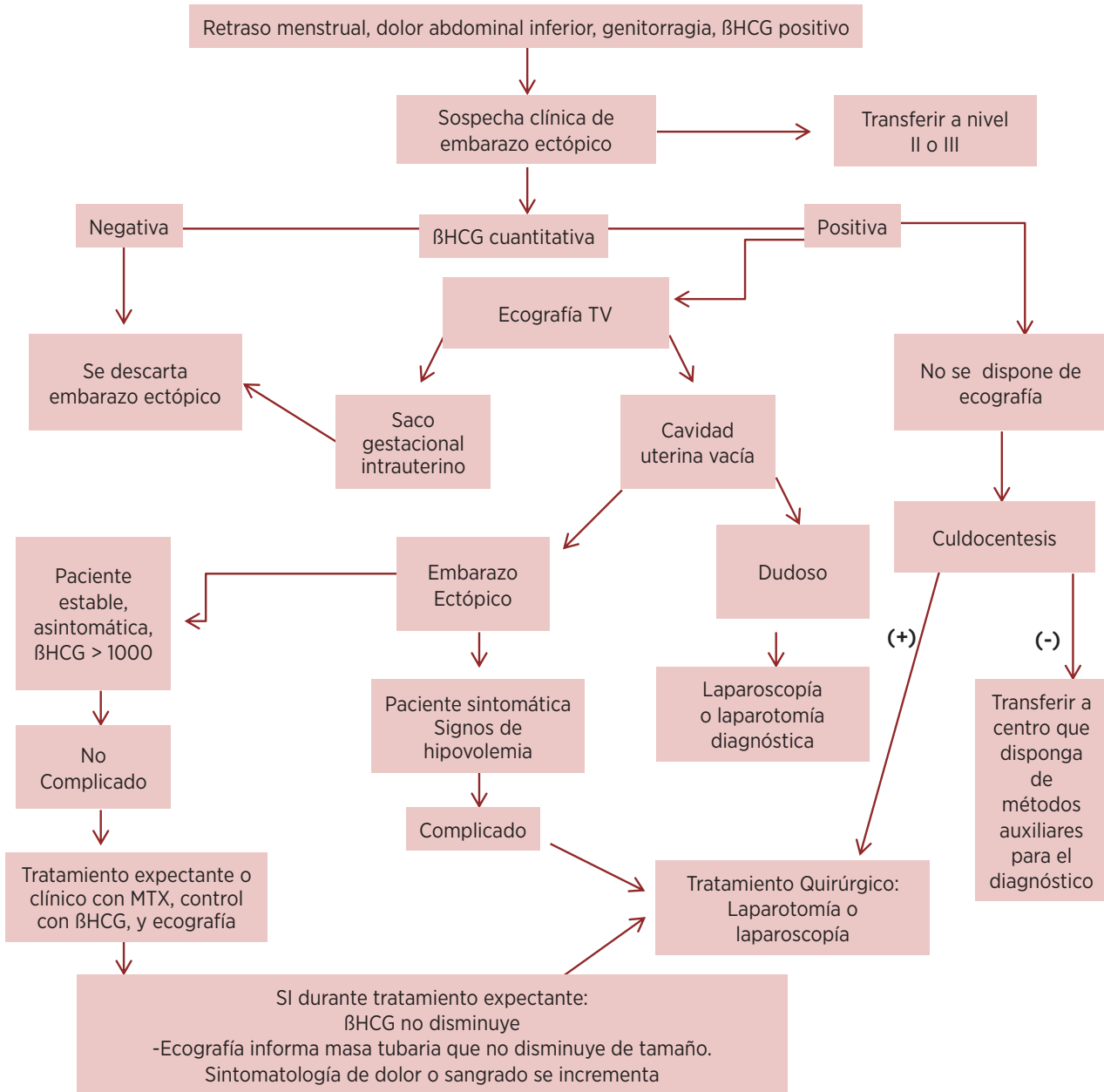
16. PROCEDIMIENTO A REALIZARSE: • SALPINGECTOMÍA: de elección. • SALPINGOSTOMÍA: excepcional, sólo si la conservación de la fertilidad es muy importante para la mujer.		X	X
17. Síntesis de peritoneo parietal (opcional), plano muscular y aponeurosis con sutura sintética absorbible. Piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible o absorbible.		X	X
18. Verificación del nivel de sangrado y diuresis.	X	X	X
19. Solicite estudio histopatológico del material obtenido, SEGÚN POSIBILIDAD DEL SERVICIO.	X	X	X
20. Cuidados posquirúrgicos.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO POSQUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Mantenga a la paciente en sala de recuperación por al menos 2 horas.		X	X
2. Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales, el sangrado genital y la condición abdominal por las 2 primeras horas posquirúrgicas. REGISTRE EN HOJA DE ESCALA DE ALERTA PRECOZ.		X	X
3. Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida.		X	X
4. Mantenga a la paciente en NVO por 6 horas como mínimo.		X	X
5. Inicie vía oral con sorbos de líquidos claros a las 6 a 12 horas de operada.		X	X
6. Fomente la deambulación de manera rápida (antes de 12 horas posquirúrgicas).		X	X
7. Indique analgesia EV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el período de hospitalización.		X	X
8. Evaluar el alta a las 48 horas posquirúrgicas.		X	X
9. Las pacientes Rh negativas con PAI negativo o Coombs Indirecto Negativo deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho (D).		X	X
10. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Haga consejería e indique el método anti-conceptivo más apropiado en acuerdo con las necesidades de la paciente.		X	X
11. Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgico a los 7 a 10 días de la cirugía o proceda a la contrarreferencia escrita al servicio de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada. ENVIAR CON HOJA DE ESCALA DE ALERTA PRECOZ.		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO MÉDICO, NO QUIRÚRGICO, DEL EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. MANEJO EXPECTANTE (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice los pasos 1 a 8 de manera similar al protocolo de embarazo ectópico complicado. Internación.		X	X
2. TRATAMIENTO EXPECTANTE SI (Utilice la escala de alerta precoz para monitorizar a la paciente): • EMBARAZO TUBARIO NO COMPLICADO. • SANGRADO LEVE Y NO DOLOR O MINIMO. • HCG-β MUY BAJAS < 5.000 mUI/ml • DIÁMETRO DE LA MASA NO > 35 MM. • Diámetro medio del saco no mayor a 4 cm • Estimación de líquido en cavidad no mayor a 300 ml. • Actividad cardíaca negativa		X	X
3. Valorar con ecografía y HCG-β cada 48 horas hasta obtener normalidad.		X	X

<p>4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EMBARAZO TUBARIO NO COMPLICADO. • SANGRADO LEVE Y NO DOLOR O MÍNIMO. • HCG-β < 6.000mUI/ml. • DIAMETRO DE LA MASA ECTOPICA NO > 40 MM. • NO USE METOTREXATE en: Inmunodeficiencia, Ulcera péptica, Patología hepática. 		X	X
<p>5. Administre Metotrexato (MTX) 50 mg/m² de superficie corporal IM ó 1 mg/Kg (día 1) (Con la paciente internada)</p>		X	X
<p>6. SEGUIMIENTO Y CONTROL. INTERNAR A LA PACIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • β-HCG los días 4 y 7. • Si el resultado de β-HCG de seguimiento es >15 %, repetir la dosis de MTX cada semana hasta que sea <15 mUI/ml. • Si la diferencia es <15%, repetir la dosis de MTX e iniciar un nuevo día 1. 		X	X
<p>7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMIA SI DURANTE EL TRATAMIENTO MEDICO O EXPECTANTE: CONDUCTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • β-HCG no disminuye. • Ecografía reporta masa tubaria que no disminuye de tamaño. • Sintomatología de dolor o sangrado se incrementa. 		X	X
<p>8. INDICACIONES AL ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el tratamiento fue quirúrgico, ver protocolo anterior. • Si el tratamiento fue médico, control a las 4 semanas. 		X	X
<p>9. Toda paciente Rh negativa deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho (D) dentro de las 72 horas post resolución del caso.</p>		X	X
<p>10. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde consejería y prescriba un método anticonceptivo acorde con las necesidades de la paciente.</p>		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 01	Mola hidatiforme (excluye mola hidatiforme maligna)
O 01 0	Mola hidatiforme clásica
O 01 1	Mola hidatiforme incompleta o parcial
O 01 9	Mola hidatiforme no especificada
O 08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola
C 58	Tumor maligno de la placenta

DEFINICIONES

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) agrupa un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario relacionadas con el embarazo.

Las ETG tienen clínica, conducta, potencial maligno y pronóstico diferentes con un factor común que es la producción aumentada de HCG-β.

WHO - ISGP ¹	DEFINICION	FIGO ²
MOLA HIDATIFORME COMPLETA	Vellosidades coriales con degeneración hidrópica avascular del cito y sincitiotrofoblasto. Ausencia de tejido embrionario o fetal. Patrón 46 XX (90%) o 46XY.	No METASTÁSICA Estadio 0
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	Vellosidades coriales con degeneración hidrópica del sincitiotrofoblasto. Presencia de tejido embrionario o fetal. Patrón de triploidía (69XXY, 69XXX, 69XYY)	
MOLA INVASORA	Neoplasia trofoblástica gestacional con vellosidades coriales que crecen en el miometrio. De difícil diagnóstico se sospecha ante una hemorragia severa vaginal o peritoneal.	METASTÁSICA Estadio I (bajo riesgo) a IV (alto riesgo)
CORIO CARCINOMA	Neoplasia trofoblástica gestacional maligna de proliferación rápida, forma una masa circunscrita que invade los vasos sanguíneos determinando su carácter metastático a pulmones (50%), vagina (30 a 40 %), pelvis, hígado y cerebro. Se puede presentar tras un embarazo molar (50- 60%), un aborto espontáneo (25%) o un embarazo a término (25%).	
TUMOR TROFOBLÁSTICO DEL SITIO PLACENTARIO	Neoplasia trofoblástica gestacional de rara presentación, de crecimiento lento. Se origina después de un embarazo a término (95%) o de un aborto o embarazo molar (5%).	

¹ World Health Organization - Intenational Society of Gynecological Pathologists.

² Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

DIAGNÓSTICO DE MOLA HIDATIFORME SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Sintomatología de amenaza de aborto/aborto. Dolor hipogástrico. Naúseas y vómitos (20-26%). Preeclampsia temprana <22 semanas (12 a 27%). Hipertiroidismo 7%.

EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Sangrado genital (90-97%). Dolor hipogástrico. Discordancia de crecimiento uterino (38 a 51%). Aumentado en 50% de casos y disminuido en un tercio de los casos. Ausencia de partes fetales a la palpación o ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Hiperemesis gravídica.
EXÁMENES AUXILIARES	<p>B-HCG CUANTITATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> Superior a lo esperado para la edad gestacional. <p>ECOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> Imagen en panal de abejas. Ausencia de producto y frecuencia cardíaca fetal. Quistes ováricos teca-luteínicos uni o bilaterales (15- 25%).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MOLA HIDATIFORME

Ver Introducción de Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo.

TRATAMIENTO DE MOLA HIDATIFORME

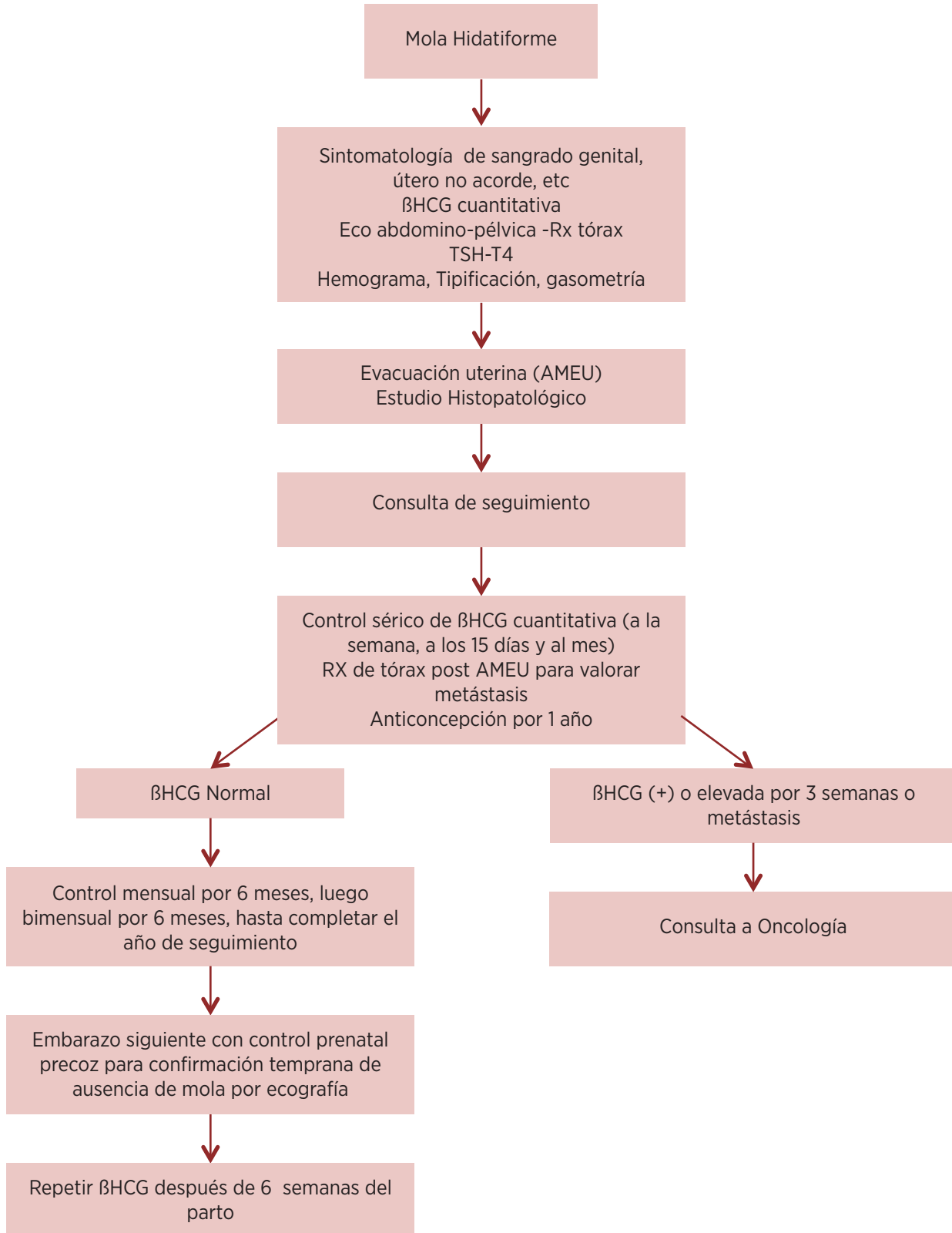
El presente capítulo trata sobre la resolución de los casos de mola hidatiforme, la diferenciación histopatológica o genética escapa al objetivo de la presente norma, refiera a la paciente al nivel III de especialidad si el componente es maligno.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA MOLA HIDATIFORME. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
PREPARATIVOS			
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en hoja de escala de alerta precoz.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica de la embarazada que incluya sangrado genital, especuloscopia y examen vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.	X	X	X
5. Solicite o actualice exámenes adicionales que interesan en un caso de mola: Coombs indirecto, pruebas de función hepática y renal (transaminasas, fosfatasa alcalina, deshidrogenada láctica y creatinina), TSH y T4.	X	X	X
6. Actualice o revise la existencia de Ecografía confirmatoria, β -HCG cuantitativa y Radiografía de tórax.	X	X	X
7. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.	X	X	X
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
9. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
10. Canalice una o dos vías endovenosas con Cat 16 - 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	X	X	X
11. Manejo de shock hipovolémico (si aplica).	X	X	X
12. Con indicación de evacuación uterina disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad con epicrisis o carnet prenatal.	X	X	X
13. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina.		X	X
EVACUACIÓN POR ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)			
NIVEL			
2. EVACUACIÓN UTERINA por AMEU con anestesia paracervical o general de corta duración. (Ver Protocolo de AMEU - Capítulo de Aborto).		X	X

<p>3. Realice AMEU con las siguientes consideraciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prepare 3 jeringuillas de AMEU para usar durante la evacuación. • El contenido uterino es abundante y es importante evacuarlo rápida y completamente. • Infunda un goteo EV de cristaloides (SF 09% o Ringer Lactato) con 10 UI de Oxitocina a 60 gotas por minuto mientras realiza el AMEU para prevenir la hemorragia y evitar embolias y metástasis. 	X	X
<p>4. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas post AMEU, registrando en la hoja de escala de alerta precoz.</p>	X	X
<p>5. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío. Solicite el estudio en TODOS los casos.</p>	X	X
<p>CONTROL POSEVACUACIÓN</p>	X	X
<p>6. INDICACIONES AL ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta habitual • Ambulatoria • Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. • Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días. • Indicar dosaje de β-HCG cuantitativa al 5-6 día post alta. • Indicación de control por consulta de seguimiento a la semana del alta con resultados de β-HCG. • Orientación en anticoncepción y salud reproductiva: LA PACIENTE NO DEBE EMBARAZARSE NUEVAMENTE DURANTE UN LAPSO MÍNIMO DE 1 AÑO. 	X	X
<p>7. En consulta de seguimiento, si se determina enfermedad de bajo riesgo oriente a control ginecológico habitual o contrarreferencia a su unidad de origen, para cumplir las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en anticoncepción y salud reproductiva: LA PACIENTE NO DEBE EMBARAZARSE NUEVAMENTE DURANTE UN LAPSO MÍNIMO DE 1 AÑO. • Determinación a la SEMANA de β-HCG cuantitativa, luego a los 15 días y al mes, hasta obtener tres títulos consecutivos negativos. • Determinación MENSUAL de β-HCG cuantitativa por 6 meses. • Determinación BIMENSUAL de β-HCG cuantitativa por 6 meses más hasta completar el año de seguimiento. • Realización de Radiografía de tórax a los 14 días, a los 6 y 12 meses. 	X	X
<p>8. Si las características de evolución determinan sospecha de presencia de restos en cavidad programe un nuevo AMEU complementario. Si existe sospecha o diagnóstico de ETG de alto riesgo de enfermedad metastásica, disponga la referencia al nivel III de especialidad oncológica en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable.</p>	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Tratamiento de la Mola Hidatiforme



HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

PLACENTA PREVIA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 44	PLACENTA PREVIA
O 44 0	Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia (implantación baja, especificada como sin hemorragia)
O 44 1	Placenta previa con hemorragia (marginal, parcial, total)

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 45	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA (ABRUPTIO PLACENTAE)
O 45 0	Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación (con afibrinogenemia, CID, hiperfibrinólisis)
O 45 8	Otros desprendimientos prematuros de la placenta
O 45 9	Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación (abruptio)

ROTURA UTERINA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O71	OTRO TRAUMA OBSTÉTRICO (INCLUYE LESIÓN POR INSTRUMENTOS)
O71.0	Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto
O71.1	Ruptura del útero durante el trabajo de parto

DEFINICIONES

PLACENTA PREVIA	Implantación variable de la placenta sobre el orificio cervical interno.
PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL	El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta. Ocluye el OCI totalmente.
PLACENTA PREVIA OCLUSIVA PARCIAL	El orificio cervical está parcialmente cubierto por la placenta. Ocluye el OCI parcialmente.
PLACENTA PREVIA MARGINAL	La placenta está muy cerca del orificio cervical interno, sin llegar a cubrirlo. Se inserta parcialmente en el segmento, pero llega al OCI.
PLACENTA PREVIA LATERAL	La placenta está en el segmento inferior y no llega al OCI. Se sitúa a más de 2 cm del orificio cervical interno.
El diagnóstico de placenta previa se lo realiza sobre la semana 32 de gestación, antes de estas semanas se debe esperar el fenómeno de migración placentaria que se produce con el crecimiento uterino.	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (DPPNI)	Es la separación prematura de la placenta normalmente inserta en el útero. Sinónimos: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), desprendimiento prematuro de placenta y abrupcio placentae, que sucede después de las 22 semanas de gestación. Forma Oculta (20% de los casos): la hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina, sin exteriorizarse; el desprendimiento puede ser completo con complicaciones graves. Forma Externa (80% de los casos): hemorragia que fluye a través del cuello uterino; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal.
DPPNI GRADO I	DPPNI <11%, leve, marginal o muy pequeño, provoca sangrado escaso (hematoma <150 cc), con irritabilidad uterina, dolor localizado, FCF normal y la embarazada no tiene alteraciones hemodinámicas ni de coagulación. Tono normal o zonas de hipertonia.
DPPNI GRADO II	DPPNI del 50%, moderado (hematoma de 500 cc) produce dolor permanente y sangrado vaginal oscuro. Útero muy irritable con hipertonia. La FCF indica compromiso del bienestar fetal y se empieza a consumir el fibrinógeno.
DPPNI GRADO III	DPPNI > 50%, severo (hematoma >500 cc) cursa con dolor intolerable, tetania uterina, feto muy comprometido o muerto. Sintomatología de shock, trastornos de la coagulación con gran consumo de fibrinógeno que puede llevar a CID. El cuadro clínico puede llevar a un útero infiltrado de Couvelaire, que imposibilita la recuperación contráctil del útero.
ROTURA UTERINA	Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante. Puede ser ESPONTÁNEA por antecedentes de cicatrices uterinas (cesárea, miomectomía, perforación etc.) o TRAUMÁTICA por fórceps, ventosa o partos obstruidos.
ROTURA UTERINA COMPLETA	Involucra todo el espesor de la pared uterina e incluso el peritoneo visceral. El producto y la placenta pueden exteriorizarse del útero de forma total o parcial.
ROTURA UTERINA INCOMPLETA	Rotura parcial del espesor de la pared uterina, se considera además la dehiscencia de una incisión uterina por cirugía previa. Factores predisponentes: malformaciones uterinas, presencia de miomas, acretismo placentario, enfermedades trofoblásticas; fetales: macrosomías y embarazos múltiples; y procedimientos obstétricos, empleo de oxitocina y misoprostol.

DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>COMUNES A TODAS LAS PATOLOGÍAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Embarazo mayor a las 22 semanas. Hemorragia variable, desde escasa hasta masiva. Factores de riesgo comunes a las 3 entidades: <ul style="list-style-type: none"> desnutrición. multigesta y gran múltipara. edad avanzada >35 años. tabaquismo - cocaína. miomatosis uterina. sobredistensión uterina: embarazo múltiple, descompresión brusca de polihidramnios. antecedentes previos de cesárea, placenta previa o adherente o de DPPNI anterior, perforación o rotura uterina, extracción manual de la placenta o mola hidatiforme, adenomiosis y miomatosis. <p>Se debe valorar para DPPNI además:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad hipertensiva del embarazo. Traumatismo abdominal grave. Cordón umbilical atípicamente corto. <p>Se debe valorar para Rotura Uterina además:</p> <ul style="list-style-type: none"> Uso inapropiado de uterotónicos para inducción y conducción del trabajo de parto.
EXAMEN FÍSICO	<p>NO REALIZAR TACTO VAGINAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen con espéculo. Altura uterina correspondiente a embarazo mayor a 20 semanas, más frecuente al final del segundo trimestre Características de sangrado (Ver diagnóstico diferencial).
EXÁMENES AUXILIARES	<p>Ecografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para placenta previa: es el método de diagnóstico. Se determina desde la semana 32. DPPNI: útil pero no totalmente confiable puesto que en ocasiones puede no revelar la presencia de hematoma en la zona de clivaje. <p>Análisis: Hemograma, TP, TTPA, plaquetas, fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina, tipificación - pruebas cruzadas, HIV, VDRL.</p>

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CAUSAS CARACTERÍSTICAS	DPPNI	PLACENTA PREVIA	ROTURA UTERINA
HEMORRAGIA	Oculto o Externa	Externa	Oculto o Externa
SANGRADO-INICIO	Brusco	Insidioso	Brusco
SANGRADO-COLOR	Rojo oscuro	Rojo rutilante	Rojo
HIPERTENSIÓN	Frecuente	No	No
SHOCK	Frecuente GII-III	Ocasional	Frecuente
DOLOR	SÍ	No	Sí en la inminencia de rotura
ÚTERO	Hipertónico GII-III	Relajado	No se palpa
COMPROMISO FETAL	Frecuente Óbito en GIII	Infrecuente	Frecuente

TRATAMIENTO DE HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PREPARTO DE HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO: PLACENTA PREVIA, DPPNI Y ROTURA UTERINA (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica de la embarazada que incluya nivel de conciencia, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura cada 15 minutos mientras dure el episodio de sangrado. Registre en hoja de Escala de Alerta Precoz.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica de la embarazada que incluya altura uterina, actividad y tono uterino, Maniobras de Leopold y FCF.	X	X	X
4. NO REALICE TACTO VAGINAL EN ESTE MOMENTO. verifique con espéculo vaginal el sangrado genital y los cambios del cuello uterino.	X	X	X
5. Identificación o sospecha de DPPNI, placenta previa o rotura uterina.	X	X	X
6. Tranquilizar a la paciente e informar sobre los pasos a seguir.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalice dos vías periféricas con Cat 16 -18. Tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación.	X	X	X
10. Manejo de shock hipovolémico si aplica (ver capítulo correspondiente).	X	X	X
11. Registre la existencia en historia clínica perinatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.	X	X	X
12. Solicitar aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal.	X	X	X
13. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables. Envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
14. Solicitar derivados sanguíneos (concentrados de glóbulos rojos y plasma fresco congelado) si Hb < 7 g/dl o condición hemodinámica es inestable (Ver Shock hipovolémico y anemia en embarazo).	X	X	X
15. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la posición de la placenta y la vitalidad fetal, toda vez que el cuadro clínico lo permita.		X	X
16. TRATAMIENTO EXPECTANTE SOLO EN AQUELLOS CASOS QUE REÚNAN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: <ul style="list-style-type: none"> • El sangrado es leve. • El bienestar materno y fetal está asegurado • El embarazo es <34 semanas. <ul style="list-style-type: none"> - Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. - Tocólisis con nifedipina y esquema de neuroprotección con Sulfato de Magnesio si hay trabajo de parto pretérmino según protocolo de amenaza de parto pretérmino. - Maduración pulmonar si embarazo mayor de 24 semanas y menor de 34 semanas según protocolo de amenaza de parto pretérmino. 		X	X

<p>17. FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO POR PARTO VAGINAL según los siguientes criterios, en casos de placenta previa lateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo >34 semanas. • Sangrado escaso o nulo. • Condiciones maternas estables. • Condiciones cervicales favorables para el parto vaginal. • Producto vivo, maduro >34 semanas con FCF normal. • Producto muerto con condiciones maternas estables (clínicas y de laboratorio) • Presentación cefálica que no presentan sangrado. <p>Seguir protocolo de atención del parto normal.</p> <p>Observación: Para los casos de sangrados leves: en fetos de 22,0 a 33,6 semanas, realizar maduración pulmonar fetal cuando corresponda y culminar la gestación por la vía más apropiada si el sangrado no cede. En fetos de \geq 34 semanas culminar la gestación por la vía más apropiada.</p>		X	X
<p>18. FINALIZACION QUIRURGICA POR CESÁREA EN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado moderado a severo que no se controla independiente de la edad gestacional. • Condición materna con hemodinamia inestable. • Condiciones cervicales desfavorables para el parto vaginal. • Rotura uterina completa o incompleta. • Placenta previa oclusiva total, parcial, o marginal. • DPPNI GII/III con producto vivo o muerto. • Compromiso del bienestar fetal. • Si no se logra hemostasia correcta a pesar de las técnicas conservadoras: realizar histerectomía. <p>Seguir protocolo de atención de cesárea.</p>		X	X
<p>19. Registre una nota explicativa con los hallazgos parto o pre-cesárea que justifican su intervención (por médico de guardia o médico responsable).</p>		X	X
<p>20. Comunique a Neonatología, Anestesiología y Banco de Sangre.</p>		X	X
<p>21. Continúe según protocolo de ATENCIÓN PREQUIRÚRGICA Y QUIRÚRGICA DE CESÁREA con incisión laparotómica mediana suprapúbica para los casos de hemorragia severa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción de placenta y producto, más: <ul style="list-style-type: none"> - En caso de rotura uterina: Histerorrafia si la lesión no es extensa, ni afecta al parametrio. Si la rotura es irreparable o la condición materna es inestable por sangrado incontrolable: realizar histerectomía. <p>Si no hay rotura ni inestabilidad hemodinámica materna: proseguir con protocolo de cesárea.</p>		X	X
<p>22. Manténgase alerta a los signos de gravedad si la llegada de la paciente es tardía o el tratamiento no es oportuno. Se pueden presentar complicaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte fetal. • Trastornos de la coagulación hasta CID. • Insuficiencia renal. • Histerectomía por atonía uterina (Útero de Couvelaire). • Shock hipovolémico y muerte materna. 		X	X

CONSIDERACIONES ESPECIALES

En Placenta previa.

Conducta ante la placenta previa sangrante. Ingreso hospitalario inmediato.

Finalización del embarazo:

1. Si el sangrado es importante, se efectuará una cesárea inmediata, independientemente de la edad de gestación.

2. Si la hemorragia no es grave, dependerá de las semanas de gestación.

a. Por debajo de 35 semanas: realizar maduración pulmonar fetal con corticoides, Control de constantes cada 6-12 horas, Control de la pérdida de sangre, Hemogramas seriados, con la frecuencia que el volumen del sangrado requiera (si la pérdida es escasa, control semanal), Pruebas de coagulación (si la pérdida es abundante), CTG/24 horas o más frecuente si el sangrado es importante. Renovar la solicitud de reserva de sangre semanalmente.

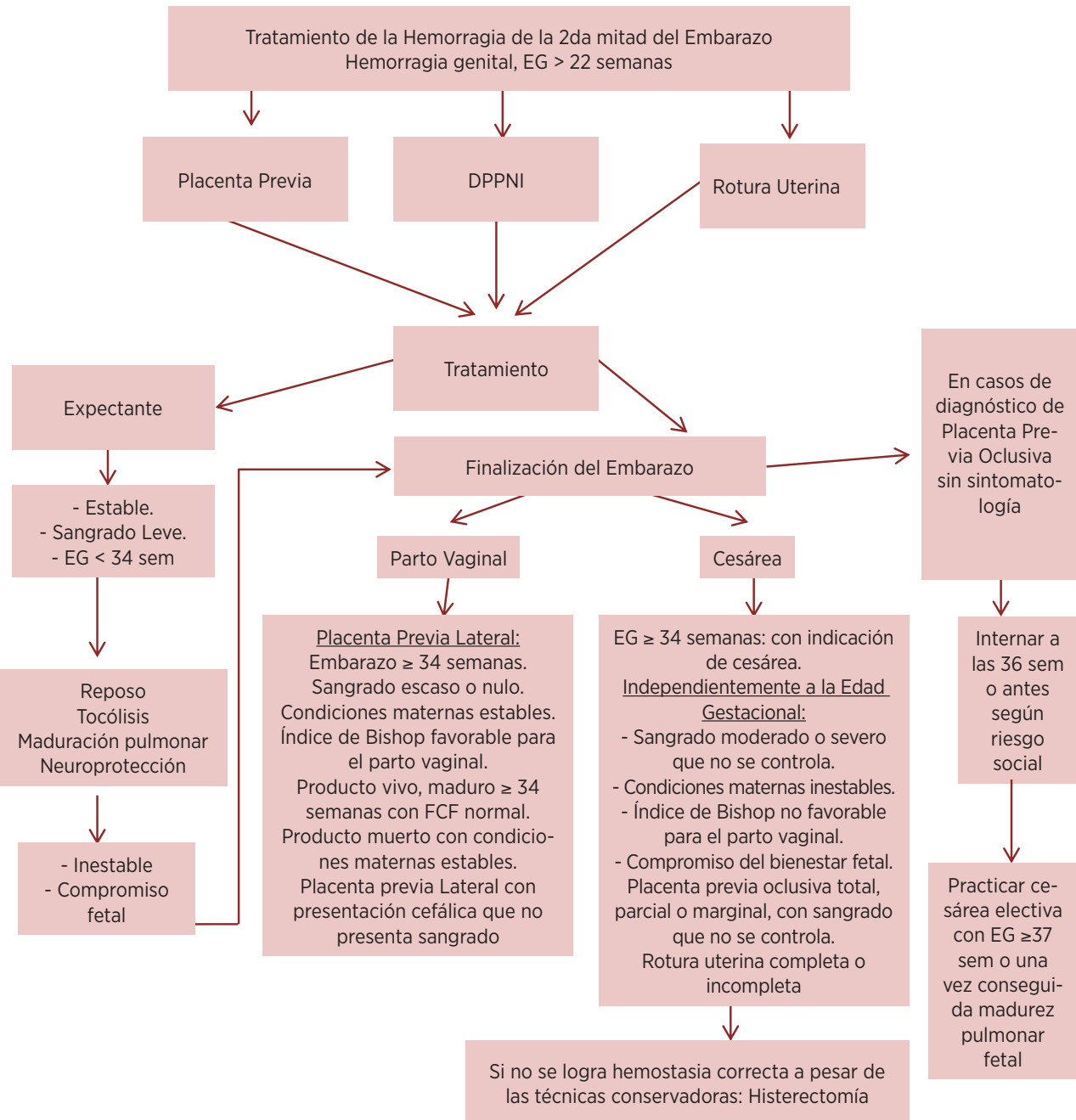
b. A partir de las 35 semanas, se procederá a la finalización de la gestación en presencia de cualquier nuevo episodio de sangrado.

Vía de parto:

1. Si se trata de una placenta previa oclusiva, una vez llegado el embarazo a término (37 semanas) o una vez conseguida la madurez fetal, practicar una cesárea electiva.
2. Si la paciente se halla en trabajo de parto y se trata de una placenta previa marginal, puede intentarse un parto por vía vaginal realizando una amniorrhexis artificial (siguiendo controles con escala de alerta precoz). Esta maniobra, en ciertos casos, disminuye el sangrado al comprimirse el borde placentario por la presentación. Si no es así, practicar una cesárea.
3. Si se trata de una placenta previa lateral, no hay contraindicación para la vía vaginal.
4. En caso de placenta previa con antecedente de una o más cesáreas, descartar la posibilidad de acretismo placentario.

En casos de diagnóstico de placenta previa oclusiva sin sintomatología previa: internar a las 36 semanas para programar cesárea o antes según riesgo social o sintomatología previa.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



HEMORRAGIA POSTPARTO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 72 0	Hemorragia Postparto
O 72 0	Hemorragia del tercer período del parto (asociada a retención o adherencia de placenta)
O 72 1	Otras hemorragias postparto inmediatas (atonía)
O 72 2	Hemorragia postparto secundaria o tardía (por retención de fragmentos de placenta)
O 72 3	Defecto de la coagulación postparto (afibrinogenemia, fibrinólisis postparto)

DEFINICIONES

HEMORRAGIA POSTPARTO	Es la pérdida sanguínea mayor a 500 ml en las primeras 24 horas tras un parto vaginal o mayor a 1000 cc tras una cesárea, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea (según OMS).
-----------------------------	---

**DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO
SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

SHOCK HIPOVOLÉMICO	Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales. Ver capítulo correspondiente.
ATONÍA HIPOTONÍA UTERINA	Disminución o pérdida de la tonicidad del útero luego del período expulsivo que determina hemorragia.
DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO: CUELLO, VAGINA O PERINÉ.	Hemorragia que se presenta luego del parto en presencia de útero bien contraído, el sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre, puede comenzar después del expulsivo y antes o después del alumbramiento.
RETENCIÓN DE PLACENTA	Alumbramiento placentario que no ocurre luego de 30 minutos posparto con sangrado, pese a realizar manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto. Evaluar condición mediante Escala de Alerta Precoz.
RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS	Alumbramiento placentario incompleto que provoca sangrado uterino persistente, la inspección de la placenta con ausencia de porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas es diagnóstica. Puede provocar sangrados tardíos del posparto.
INVERSIÓN UTERINA	Eversión uterina que se caracteriza por la presencia (junto a la hemorragia) de una masa violácea haciendo protrusión en introito, vagina o en cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock.
ROTURA UTERINA	Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante, puede ser espontánea o traumática, completa o incompleta. Ver Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo.

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Puerperio inmediato o mediato. • Alumbramiento completo o incompleto. • Sangrado genital abundante >500 cc.
EXAMEN FÍSICO	<p>Valorar las 4T: Tono, Trauma, Tejido, Trombina. La gravedad estará dada por la clínica (utilizar criterios de gravedad con Escala de Alerta Precoz)</p> <p>ATONÍA – HIPOTONÍA UTERINA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata. • Útero blando y no contraído posparto. <p>DESGARROS DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata. • Placenta íntegra. • Útero contraído. <p>RETENCIÓN DE PLACENTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto. • Hemorragia postparto inmediata. • Útero contraído. <p>RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas. • Hemorragia postparto inmediata. • Útero contraído. <p>INVERSIÓN UTERINA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. • Dolor leve o intenso en hipogastrio. • Inversión uterina visible en la vulva. • Hemorragia postparto inmediata. <p>HEMORRAGIA POSTPARTO TARDÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se produce sangrado pasadas las 24 horas del parto. • Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto. • Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) y/o de mal olor. • Anemia. <p>RUPTURA UTERINA. Ver capítulo Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.</p> <p>SHOCK HIPOVOLÉMICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulso rápido y débil (100 por minuto o más); <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg) <i>No utilizar como criterio inicial para el diagnóstico en la fase aguda. Presenta cambios pasadas los 20 minutos.</i> • Además se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal. • Sudoración o piel fría y húmeda. • Respiración rápida de 30 o más por minuto. • Ansiedad, confusión o inconsciencia. • Oliguria de menos de 30 ml por hora.

**EXÁMENES AUXILIARES
(de estar disponibles en el
servicio).**

- Hemoglobina – Hematocrito. *No utilizar como criterio inicial para el diagnóstico en la fase aguda. Presenta cambios pasadas las 3 horas.*
- Hemograma.
- TP – TTPA – Plaquetas.
- Tipificación, Rh, pruebas cruzadas.
- Fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina si se sospecha de CID o coagulopatía de consumo.
- Lactato (de estar disponible).
- Ecografía: No indispensable, valorar presencia de contenido en la cavidad uterina o intraabdominal.

**PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POST PARTO (HPP)
(Guía de Código Rojo Obstétrico)**

Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento, para todos los partos.

La oxitocina (10 UI IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP. La oxitocina (IV o IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP en la cesárea. Si se dispone de carbetocina puede administrarse, dosis única de 100mcg/1cc por vía endovenosa (EV) en bolo en un lapso de por lo menos un minuto después de haber finalizado el parto.

En los lugares en los que no se dispone de oxitócica, se recomienda el uso de otros agentes uterotónicos inyectables (si resulta apropiado, ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol oral.

En los lugares en donde el personal esté capacitado a realizar la tracción controlada del cordón umbilical (TCC) se recomienda su uso para el alumbramiento en los partos vaginales.

No se recomienda el masaje uterino sostenido como intervención para prevenir la HPP en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.

Se recomienda la evaluación abdominal posparto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina en todas las mujeres durante el postparto.

La TCC es el método recomendado para la extracción de la placenta en la cesárea.

Si el alumbramiento dura más de 30 minutos, deben utilizarse TCC y oxitocina IM (10 UI) para el tratamiento de la placenta retenida. Si está retenida y se produce sangrado, debe realizarse de inmediato la extracción manual de la misma. Cuando se realiza la extracción manual de la placenta se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos profilácticos (Ampicilina o una Cefalosporina de 1ra Generación).

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO INMEDIATO			
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique al acompañante y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Active Código Rojo. Mobilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura) y determine la presencia o ausencia de shock hipovolémico. Registre en hoja de Escala de Alerta Precoz (EAP).	X	X	X
6. Asegúrese de haber realizado la profilaxis de hemorragia posparto con el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto. Revise este registro en la hoja de transferencia si la paciente es referida de una unidad de menor complejidad.	X	X	X
7. Haga un diagnóstico rápido de la causa probable del sangrado posparto. Recordar las 4 T (Tono, Trauma, Tejido y Trombina).	X	X	X

8. Tome en cuenta las siguientes consideraciones sobre hemorragia posparto: <ul style="list-style-type: none"> • La estimación correcta de la pérdida de sangre es notoriamente baja, a menudo la mitad de la pérdida real. • La sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico y a veces con la orina. Se dispersa en gasas, compresas, campos de tela, en los baldes y en el piso. • Los valores de Hto y Hb se alteran tardíamente. • La importancia del volumen de pérdida de sangre varía según el nivel de hemoglobina de la mujer. • Una mujer con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica. • Aun las mujeres sanas, sin anemia, pueden sufrir una pérdida de sangre catastrófica. • El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. 	X	X	X
9. Simultáneamente con el inicio del diagnóstico etiológico se debe instalar el manejo específico para shock hipovolémico según protocolo.	X	X	X
MANEJO ESPECÍFICO	NIVEL		
10. Inicie una infusión EV. Canalice 2 vías con una cánula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible). Si no se consigue vía periférica intentar otra (Ej: vía intra-ósea).	X	X	X
11. Recoja sangre para exámenes de hemoglobina, tipificación y pruebas cruzadas (ver shock hipovolémico) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
12. Administre EV 1 L de cristaloides en 15-20 minutos. LOS CRISTALOIDES SON LA PRIMERA ELECCIÓN PARA COMPENSAR LA VOLEMIA.	X	X	X
13. Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.	X	X	X
14. Evite utilizar los sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas.	X	X	X
15. No administre líquidos por vía oral a una mujer en shock.	X	X	X
16. Monitoree los signos vitales con Escala de Alerta Precoz (cada 15 minutos) y la pérdida de sangre.	X	X	X
17. Administre oxígeno 6-8 L por minuto por mascarilla o catéter nasal.	X	X	X
18. Compensar a la paciente Según Esquema de Código Rojo. Instalar sonda vesical para cuantificar diuresis. Evitar la hipotermia.	X	X	X
19. Constata si el alumbramiento se ha producido o no.	X	X	X
20. Si el alumbramiento se ha producido revise la placenta y membranas para determinar su integridad.	X	X	X
21. Si el alumbramiento fue completo trate como atonía-hipotonía uterina.	X	X	X
22. Si el alumbramiento fue incompleto solicite urgente Anestesiólogo para extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina y compresión bimanual para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria que se puede producir.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE ATONÍA - HIPOTONÍA UTERINA. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO ESPECÍFICO			
1. Realice el manejo inmediato y específico descrito al inicio de este protocolo de hemorragia post parto.	X	X	X
2. Sospeche ATONÍA HIPOTONÍA UTERINA si se presenta: <ul style="list-style-type: none"> Hemorragia postparto inmediata Útero blando y no contraído posparto 	X	X	X
3. Masajee continuamente al útero atónico, si no logra contraerse después del parto.	X	X	X
4. Si se acompaña de sangrado y atonía - hipotonía uterina (altera signos vitales - Escala de Alerta Precoz) use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial: <p>OXITOCINA IM: 10 unidades, pero, si ya se cuenta con una vía instalada, administrar: EV: 5 U, diluido, pasar lentamente, en un lapso de 5 minutos. Se puede repetir la dosis después de cinco minutos hasta un máximo de 10 UI. Luego infundir EV: 20 U en 500 cc de solución fisiológica, a 40 gotas/min.</p> <p>- Dosis máxima No más de 3 L de líquidos EV que contengan oxitocina - No administre en bolo EV</p> <p>(OBS: El resto de fármacos uterotónicos están indicados en caso de que no esté disponible la oxitocina, o si no cede el sangrado tras su utilización).</p> <p>Ó</p> <p>ERGOMETRINA/METILERGOMETRINA IM o EV (lentamente): 0,2 mg Se utilizan cuando luego de 30 minutos de administrada la oxitocina la respuesta es insuficiente. Repita la dosis después de 20 minutos. Si se requiere, administre 0,2 mg IM o EV (lentamente) cada 3 a 4 horas Máximo 5 dosis (un total de 1,0 mg) NO USE EN CASO DE: PREECLAMPSIA, HIPERTENSIÓN, CARDIOPATÍA.</p> <p>Ó</p> <p>MISOPROSTOL 1 dosis de 800 ug preferentemente SL (1 dosis), o o vía oral o vía rectal. FIGO Guidelines. Precaución con las pacientes asmáticas.</p> <p>Ó</p> <p>ÁCIDO TRAXENÁMICO: 1 gr. EV pasar en 10 minutos, cada 6 horas.</p>	X	X	X
5. Si el sangrado continúa a pesar del manejo arriba mencionado realice compresión uterina bimanual.	X	X	X
COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO Se deben usar guantes estériles o desinfectados (idealmente versiones largas hasta el codo). Introducir la mano derecha en la vagina, apretar el puño con la parte posterior de la mano posicionada posteriormente y los nudillos en el fórnix anterior. Colocar la otra mano sobre el abdomen detrás del útero y apretar el mismo firmemente entre ambas manos. Continuar la compresión hasta que se detenga el sangrado, es decir, cuando no haya sangrado al liberar la compresión y se contraiga el útero. Aunque este procedimiento es doloroso, es altamente eficaz y puede reducir significativamente o incluso tratar con éxito la hemorragia uterina. Por lo tanto, si el sangrado es profuso y el número de personas que asisten a la paciente lo permiten, es una buena idea comenzar la compresión bimanual mientras se preparan y se administran fármacos uterotónicos y se valora con los miembros del equipo otras probables causas de hemorragia del puerperio (4T: tono, trauma, tejido, trombina). Luego, realizar el tratamiento etiológico según la capacidad resolutoria de su servicio.	X	X	X

6.	Si el sangrado no se detiene, como alternativa, realice COMPRESIÓN ABDOMINAL DE LA AORTA . Compresión abdominal de la aorta (CAA) Si el sangrado afecta la hemodinamia de la paciente (shock) y éste persiste a pesar de las medidas básicas (administración de uterotónicos y masaje uterino), aplicar compresión abdominal de la aorta (CAA): Aplicar presión hacia abajo con el puño cerrado (con el pulgar fuera del puño) sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal. El punto de compresión está justo sobre el ombligo y ligeramente a la izquierda. El nudillo del dedo índice debe estar sobre el ombligo y el resto hacia la izquierda. <ul style="list-style-type: none"> Las pulsaciones aórticas se pueden sentir a través de la pared abdominal anterior en el período inmediatamente posterior al parto. Presionar la aorta hacia abajo sobre la columna vertebral. Con la otra mano, palpar la arteria femoral con cuatro dedos paralelos y justos por debajo del ligamento inguinal para comprobar la adecuación de la compresión. Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es insuficiente. Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada. Utilizar un elevador para poder servirse del peso del cuerpo durante la compresión para que ésta sea más efectiva. Mantener la compresión el tiempo que sea necesario. 	X	X	X
7.	Con el diagnóstico probable de hemorragia no controlable, disponga en los casos necesarios la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal con epicrisis o carnet prenatal.	X	X	X
8.	Si pese a estas maniobras el útero no recupera su tonicidad, o no cede el sangrado, considere la necesidad de intervención quirúrgica inmediata para compresión uterina con técnica de B Lynch o histerectomía obstétrica .		X	X
9.	Realice los preparativos para una intervención quirúrgica con los pasos preliminares similares al protocolo de cesárea.		X	X
10.	Considere la terapia transfusional si: hemoglobina si es menor de 7g / dl o presenta shock.		X	X
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO			NIVEL	
11.	Monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer mínimo cada 15 minutos hasta su estabilización y luego cada 6 horas. A horario por 8 h o según estatus de la EAP.	X	X	X
12.	Asegúrese de que el útero esté firmemente contraído.	X	X	X
13.	Control de puerperio.	X	X	X
14.	Solicite un control de hemoglobina - hematocrito inicialmente a las 3 horas y luego a las 24 horas del evento.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE LA RETENCIÓN DE PLACENTA O FRAGMENTOS PLACENTARIOS (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)		NIVEL		
		I	II	III
MANEJO ESPECÍFICO				
1.	Sospeche RETENCIÓN DE PLACENTA si: <ul style="list-style-type: none"> La placenta no se expulsa dentro de los 30 minutos después del parto Hemorragia postparto inmediata Útero contraído 	X	X	X
2.	Sospeche RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: <ul style="list-style-type: none"> Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas. Hemorragia postparto inmediata. Útero contraído. 	X	X	X

3. Si el alumbramiento fue incompleto solicite urgente Anestesiólogo para extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina y compresión bimanual para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria que se puede producir.	X	X	X
4. Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia post parto	X	X	X
5. Continúe masajeando el útero atónico si no logra contraerse después del parto.	X	X	X
6. Si se acompaña de sangrado abundante y atonía hipotonía uterina use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial.	X	X	X
7. Si el sangrado continúa a pesar del tratamiento uterotónico y la compresión uterina y el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, realice extracción manual de placenta y/o membranas.	X	X	X
EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA O FRAGMENTOS PLACENTARIOS. PREPARATIVOS.	NIVEL		
8. Prepare rápidamente el equipo necesario y comuníquelo a Anestesiología.	X	X	X
9. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) qué es lo que se va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
10. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilícela.	X	X	X
11. Administre la anestesia.	X	X	X
12. Cateterice la vejiga.	X	X	X
13. Administre antibióticos profilácticos.	X	X	X
EXTRACCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA	NIVEL		
14. Lávese las manos y los antebrazos minuciosamente.	X	X	X
15. Póngase barreras protectoras para el médico: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica	X	X	X
16. Sostenga el cordón umbilical con una pinza y hale el cordón con delicadeza.	X	X	X
17. Coloque los dedos de la otra mano en la vagina y hacia dentro de la cavidad uterina hasta ubicar la placenta.	X	X	X
18. Aplique contracción abdominalmente.	X	X	X
19. Mueva la mano a un lado y a otro, con un movimiento lateral continuo, hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.	X	X	X
20. Retire la mano del útero, arrastrando con ella la placenta, mientras continúa aplicando contracción abdominalmente.	X	X	X
21. Administre 20 UI de oxitocina en 1000 cc de líquidos EV a 125 cc/h.	X	X	X
22. Pida a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.	X	X	X
23. Si hay sangrado profuso continuo, administre metilergonovina 0,2 mg 1 ampolla IM o misoprostol 600 ug VO o SL adicionales.	X	X	X
24. Examine las membranas y la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que se extrajo íntegra.	X	X	X
25. Mantenga el cuidado posterior descrito en hipotonía atonía uterina.	X	X	X

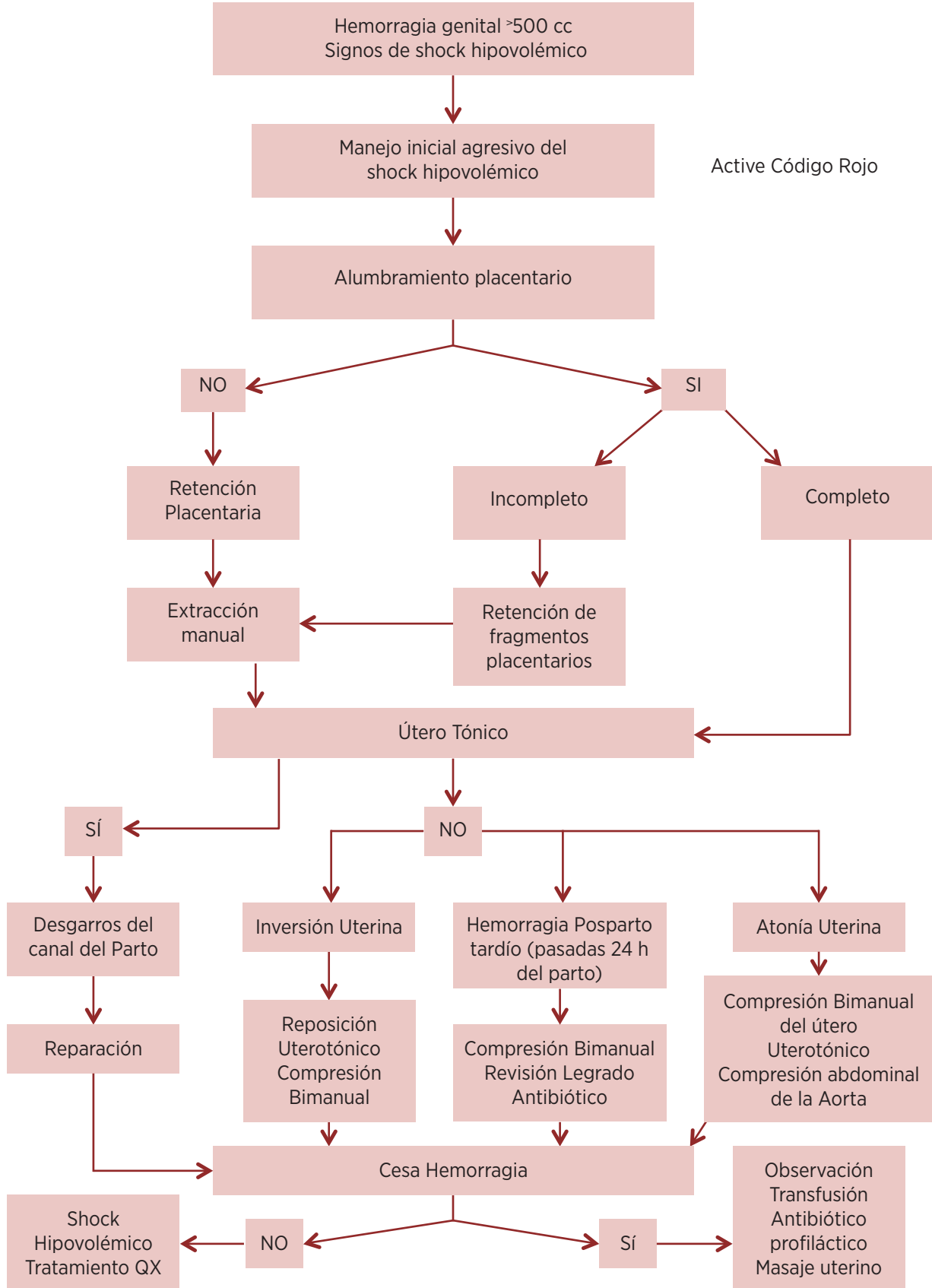
PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE INVERSIÓN UTERINA. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO ESPECÍFICO			
1. Sospeche INVERSIÓN UTERINA si: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata • No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal • Dolor leve o intenso en hipogastrio • Inversión uterina visible en la vulva 	X	X	X
2. Si el alumbramiento fue incompleto o la placenta está firmemente adherida al útero o se produce inversión del fondo uterino solicite urgente Anestesiólogo para revertir el cuadro y para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria severa que se puede producir	X	X	X
3. Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia post parto	X	X	X
4. Con el diagnóstico probable de inversión uterina y hemorragia posparto, disponga la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X
5. Si el alumbramiento no se ha producido y la placenta está firmemente adherida al útero, es probable que se produzca la salida del fondo uterino hacia la vagina y vulva.		X	X
6. Comunique inmediatamente a Anestesiología.		X	X
7. La corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato, pues se forma un anillo rígido a nivel del cuello que atrapa el útero invertido y esto determina dolor, shock y acúmulo de sangre en el útero.		X	X
8. No administre medicamentos oxitócicos antes de corregir la inversión.		X	X
9. Si la mujer tiene dolor severo , administre analgesia.		X	X
10. Administre la anestesia correspondiente		X	X
11. Coloque la mano extendida directamente sobre la porción uterina fúndica que está invertida e introdúzcala por la vagina hacia la cavidad abdominal.		X	X
12. Mantenga la mano hecho puño en el interior del útero hasta conseguir tonicidad o cese del sangrado.		X	X
13. Tras la reposición del útero, si se acompaña de sangrado abundante y atonía - hipotonía uterina use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial (ver sección anterior).		X	X
14. Considere la compresión bimanual del útero mientras actúa el uterotónico. Ver técnica en atonía - hipotonía uterina.		X	X
15. Si no se controla el sangrado con estas medidas o se sospecha necrosis del útero o se trata de una placenta adherente (acretismo placentario), considere la laparotomía para colocación de sutura hemostática de B Lynch, ligadura de hipogástricas o histerectomía obstétrica.		X	X
16. Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión uterina: <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 2 g EV MÁS metronidazol 500 mg IV; • Cefazolina 1 g EV MÁS metronidazol 500 mg IV. • Si hay signos de infección (fiebre, líquido amniótico o secreción vaginal de mal olor o purulenta), administre antibióticos como para unametrítis. 		X	X
17. Considere la terapia transfusional si: <ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina si es menor de 7g / dl transfusión o presenta shock • Si es mayor de 7g/ dl administrar Hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/día por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa. 		X	X
18. Mantenga el cuidado posterior descrito en hipotonía atonía uterina.		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE LOS DESGARROS DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO ESPECÍFICO			
1. Sospeche DESGARROS O LACERACIONES DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO , si: Hemorragia postparto inmediata. Sangrado rojo rutilante de menor cuantía. Placenta íntegra. Útero bien contraído antes o después del alumbramiento.	X	X	X
2. Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia post parto.	X	X	X
3. Si el sangrado continúa a pesar del manejo arriba mencionado realice la inspección del cuello del útero, vagina y periné bajo anestesia general.	X	X	X
4. Con el diagnóstico probable, disponga referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
INSPECCIÓN DEL CUELLO DEL ÚTERO, VAGINA Y PERINÉ. PREPARATIVOS			
5. Prepare el equipo necesario.		X	X
6. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) qué es lo que se va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.		X	X
7. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilícela.		X	X
8. Instale sonda vesical.		X	X
9. Administre la anestesia.		X	X
10. Administre antibióticos profilácticos (descritos antes).		X	X
INSPECCIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA			
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.		X	X
12. Póngase barreras protectoras para el médico: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.		X	X
13. Separe los labios de la vulva de la mujer con una mano.		X	X
14. Pida a un asistente que ilumine el interior de la vagina.		X	X
15. Observe cuidadosamente para detectar si hay desgarros o hematomas perineales o vulvares.		X	X
16. Con los dedos de la otra mano, presione firmemente la pared vaginal posterior y busque si hay puntos de sangrado en la vagina.		X	X
17. Continúe presionando firmemente la pared vaginal: Mueva los dedos hacia arriba por el lado de la pared vaginal hasta el cuello uterino, buscando los puntos de sangrado.		X	X
18. Repita en la pared vaginal opuesta.		X	X
INSPECCIÓN DEL CUELLO DEL ÚTERO			
19. Pida a un asistente que coloque una mano sobre el abdomen de la mujer y que presione firmemente el útero para hacer que el cuello uterino se mueva más hacia abajo en la vagina.		X	X
20. Inserte en la vagina dos valvas estériles: Coloque un espéculo o valva en la cara anterior de la vagina. Coloque el segundo espéculo o valva en la cara posterior de la vagina. Pida a un asistente que sostenga los espéculos o valvas en posicional que permita visualizar el cuello uterino. Si no dispone de espéculos o valvas vaginales, use una mano para presionar firmemente la pared vaginal posterior para que quede expuesto el cuello uterino.		X	X

21. Inserte una pinza de aro o de esponjas y fjela en el labio anterior del cuello uterino en la posición de las 12 de las manecillas del reloj.		X	X
22. Inserte una segunda pinza de aro o de esponjas y fjela en el cuello uterino en la posición de las 3 de las manecillas del reloj.		X	X
23. Inspeccione el cuello uterino entre las dos pinzas para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando una gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de poder hacer una mejor inspección.		X	X
24. Abra y quite la pinza del labio anterior del cuello uterino (la que se encuentra en la posición de las 12 de las manecillas del reloj).		X	X
25. Vuelva a fijar esa pinza en el cuello uterino en la posición de las 6 de las manecillas del reloj.		X	X
26. Inspeccione el cuello uterino entre las pinzas que se encuentran en la posición de las 3 y en la de las 6 de las manecillas del reloj para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando una de gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de hacer una mejor inspección.		X	X
27. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 3 de las manecillas del reloj.		X	X
28. Vuelva a fijar esa pinza en el cuello uterino en la posición de las 9 de las manecillas del reloj.		X	X
29. Inspeccione el cuello uterino entre las pinzas que se encuentran en la posición de las 6 y en la de las 9 de las manecillas del reloj para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando una gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de hacer una mejor inspección.		X	X
30. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 6 de las manecillas del reloj.		X	X
31. Vuelva a fijar esa pinza en el cuello uterino en la posición de las 12 de las manecillas del reloj.		X	X
32. Inspeccione el cuello uterino entre las pinzas que se encuentran en la posición de las 9 y en la de las 12 de las manecillas del reloj para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando un hisopo de gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de hacer una mejor inspección.		X	X
33. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 9 de las manecillas del reloj y retírela por completo.		X	X
34. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 12 de las manecillas del reloj y retírela por completo.		X	X
35. Retire los espéculos o valvas vaginales (si se utilizaron).		X	X
36. Considere la terapia transfusional si: Hemoglobina si es menor de 7g / dl transfusión o presentashock Si es mayor de 7g/ dl administrar Hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/día por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa.		X	X
37. Mantenga el cuidado posterior descrito en hipotonía atonía uterina.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Tratamiento de la Hemorragia Postparto



HEMORRAGIA Y SHOCK HIPOVOLÉMICO EN OBSTETRICIA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O08.1	Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
O20	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO (Excluye embarazo terminado en aborto)
O20 8	Otras hemorragias precoces del embarazo
O20 9	Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación
O46	HEMORRAGIA ANTEPARTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
O46 0	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación (afibrinogenemia, CID, hiperfibrinólisis, hipofibrinogenemia)
O46 8	Otras hemorragias anteparto
O46 9	Hemorragia anteparto, no especificada
O72	HEMORRAGIA POSTPARTO
O72 0	Hemorragia del tercer período del parto (asociada a retención o adherencia de placenta)
O72 1	Otras hemorragias postparto inmediatas (atonía)
O72 2	Hemorragia postparto secundaria o tardía (por retención de fragmentos de placenta)
O72 3	Defecto de la coagulación postparto (afibrinogenemia, fibrinólisis postparto)

DEFINICIONES

HEMORRAGIA DE CAUSA OBSTÉTRICA	Toda pérdida sanguínea que desestabiliza hemodinámicamente a la paciente lo cual dependerá de la velocidad, la cantidad de sangre pérdida, de la Hb y estado de hidratación previa de la paciente.
SANGRADO DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	Pérdida sanguínea en embarazo menor de 20 semanas.
SANGRADO DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	Pérdida sanguínea en embarazo mayor de 20 semanas. Sangrado genital durante el trabajo de parto antes de que se produzca el parto.
SANGRADO POST PARTO	Hemorragia que sucede luego del nacimiento del producto.
SHOCK HIPOVOLÉMICO	Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales que lleva a un estado de hipoperfusión e hipoxia tisular. La mortalidad está en relación directamente proporcional al tiempo una vez instalado el shock (sobrevive a los 60 minutos es del 20%).

DIAGNÓSTICO DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente o presencia de: <ul style="list-style-type: none"> • sangrado en la primera mitad del embarazo: aborto espontáneo o no, embarazo ectópico o molar. • sangrado en la segunda mitad del embarazo: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), rotura uterina (más frecuente en el 3er trimestre). • Hemorragia después del parto: atonía uterina, retención de placenta o fragmentos, desgarrros del canal del parto (cérvico-vaginales), rotura uterina, alteraciones de la coagulación sanguínea.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Según Escala de Alerta Precoz
EXÁMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma (priorizar Hb y Hto) • TP - TTPA - Fibrinógeno, Plaquetas. • Tipificación, Rh, pruebas cruzadas.

DIAGNÓSTICO DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ETAPAS DEL EMBARAZO.

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
SANGRADOS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> • AMENAZA DE ABORTO (conato de aborto). • ABORTO COMPLETO. • ABORTO INCOMPLETO. • ABORTO EN CURSO O INEVITABLE. • ABORTO SEPTICO. • EMBARAZO MOLAR. • EMBARAZO ECTOPICO. • Patologías: uterinas, cervicales, vaginales, vulvares.
SANGRADOS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO (más frecuentes en el tercer trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> • PLACENTA PREVIA. • DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA. • ROTURA UTERINA. • VASA PREVIA.
SANGRADOS POST PARTO	<ul style="list-style-type: none"> • ATONIA - HIPOTONIA UTERINA. • RETENCION DE PLACENTA. • RETENCION DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS. • DESGARRROS DEL CANAL DEL PARTO: CUELLO, VAGINA O PERINÉ. • INVERSION UTERINA. • ROTURA UTERINA. • Alteraciones de la coagulación.

PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO EN OBSTETRICIA

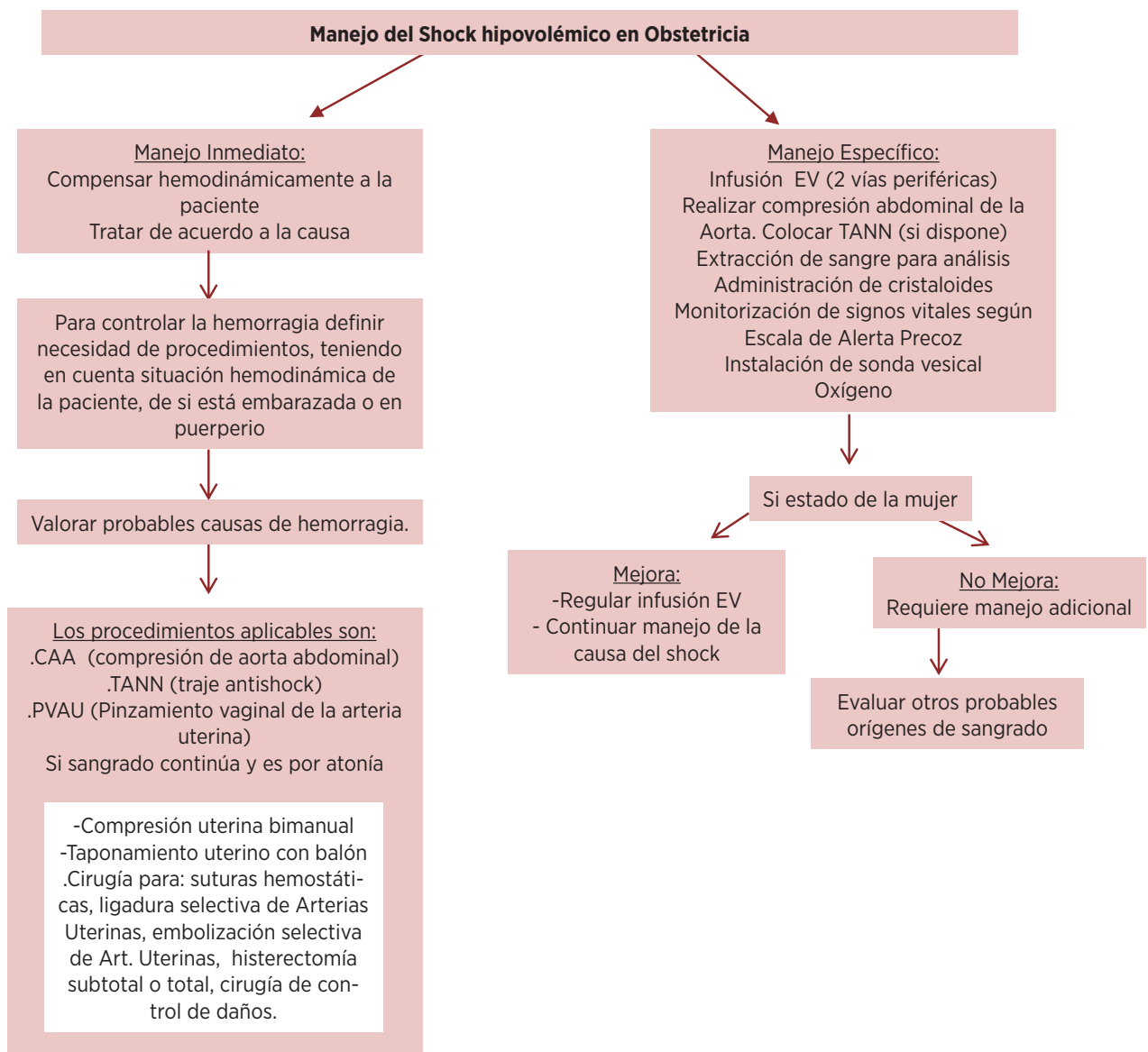
PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO EN OBSTETRICIA. El sangrado obstétrico es impredecible y puede ser masivo (Muchos de los pasos/tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
MANEJO INMEDIATO (Aplicación de código rojo)	I	II	III
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura). Escala de alerta precoz.	X	X	X
6. En paciente embarazada, independientemente a la edad gestacional y/o puérpera, compensar hemodinámicamente a la paciente e inmediatamente tratamiento de acuerdo a la causa que motivó el sangrado.	X	X	X
7. En puérperas: Abrigue a la mujer para evitar la hipotermia.	X	X	X
8. Eleve las piernas para aumentar el retorno venoso (eleve el borde inferior de la cama).	X	X	X
MANEJO ESPECÍFICO	NIVEL		
1. Inicie una infusión EV a través de 2 vías periféricas con una cánula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).	X	X	X
2. Extraiga sangre para exámenes de hemoglobina, tipificación, pruebas cruzadas y crisis inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
3. Administre EV 1 L de cristaloides en 15–20 minutos. LOS CRISTALOIDES SON LA PRIMERA ELECCION PARA COMPENSAR LA VOLEMIA.	X	X	X
4. Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.	X	X	X
5. Evite utilizar los sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas y provocar reacciones anafilácticas severas.	X	X	X
7. No administre líquidos por vía oral a una mujer en shock hipovolémico.	X	X	X
8. Inicie una infusión EV. Canalice 2 vías con una cánula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible). Si no se consigue vía periférica intentar otra (Ej: vía intra-ósea).	X	X	X
9. Monitoree los signos vitales según hoja de escala de alerta precoz y la pérdida de sangre.	X	X	X
10. Instale una sonda vesical con colector y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.	X	X	X
11. Administre oxígeno 6–8 L por minuto por mascarilla o catéter nasal.	X	X	X
En caso de no contar con crisis en el laboratorio se podría realizar una PRUEBA DE COAGULACIÓN JUNTO A LA CAMA.			
12. Evalúe el estado de la coagulación de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo de vidrio pequeño, limpio y seco de tapa roja; • Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ} C$); • Después de 4 minutos, incline el tubo lentamente para ver si se está formando un coágulo. Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que los coágulos sanguíneos y el tubo se puedan poner boca abajo; La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.	X	X	X
REEVALUACIÓN	NIVEL		

13. Reevalúe la respuesta de la mujer al manejo específico dentro de 30 minutos para determinar si su estado mejora (utilizando registro en la hoja de escala de alerta precoz). Los signos de mejoría incluyen: <ul style="list-style-type: none"> pulso que se estabiliza (frecuencia de 90 latidos por minuto o menos); presión arterial en aumento (sistólica 100 mm de Hg o más); mejoría del estado mental (menos confusión y ansiedad); producción de orina en aumento (30 ml por hora o más). 	X	X	X
14. Si el estado de la mujer mejora: <ul style="list-style-type: none"> Regule la velocidad de infusión de líquidos EV a 1000 ml en 6 horas. Continúe el manejo para la causa del shock. Si el estado de la mujer no mejora ni se estabiliza, la mujer requiere manejo adicional. 	X	X	X
15. Disponga el ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad con epicrisis o carnet prenatal.	X	X	X
MANEJO ADICIONAL	NIVEL		
16. Continúe la infusión de líquidos EV regulando la velocidad de infusión a 1 L en 6 horas y mantenga el oxígeno a razón de 6–8 L por minuto.	X	X	X
17. Monitoree estrechamente el estado de la mujer mientras es trasladada o se esperan los exámenes.	X	X	X
18. Verifique las pruebas de laboratorio, incluyendo hematocrito, grupo sanguíneo y del Rh y crisis, según la necesidad. Solicite electrolitos, creatinina y gasometría si no mejora la condición.	X	X	X
19. Evaluar otros probables orígenes de sangrado en caso de no mejoría de la paciente.	X	X	X
20. En toda mujer Rh NEGATIVA con Coombs indirecto NEGATIVO valorar administrar inmunización con gammaglobulina Rho (anti D).	X	X	X
21. INDICACIONES PARA TRANSFUSIÓN: Hemoglobina < 7g/dl es indicación de transfundir hemocomponentes. <ul style="list-style-type: none"> Paciente con anemia crónica en situación clínica estable, se considera la transfusión con valores de hemoglobina iguales o menores a 5 g/dl Pacientes con anemia crónica, con compromiso cardiorrespiratorio o situación de hipoxia tisular, se considera transfusión con valores de hemoglobina entre 5 y 7 g/dl. 		X	X
22. Solicite al banco de sangre los hemoderivados necesarios para el caso. <ul style="list-style-type: none"> En todo caso de hemorragia obstétrica con compromiso hemodinámico y riesgo de muerte, se deben transfundir. CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS. Cada concentrado globular eleva 1.2 gr/dl la hemoglobina o 3% el hematocrito. 		X	X
• NO SE DEBE USAR SANGRE TOTAL.			
23. MANEJO DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA. Si se sospecha coagulación intravascular diseminada, no demore el tratamiento mientras espera los resultados de los estudios de coagulación.		X	X
24. Identifique la causa e inicie el tratamiento etiológico.		X	X
25. Administre uterotónico para promover la contracción (si aplica).		X	X
26. Reanimación hemodinámica con cristaloides igual al shock hipovolémico.		X	X
27. Uso de sangre y hemocomponentes: Ver en Anexos: Protocolo de Hemoterapia y administración de hemocomponentes.		X	X
28. Vigilancia intensiva de signos vitales y diuresis.		X	X

Principios que hay que recordar:

- La transfusión es sólo uno de los elementos del manejo de una hemorragia.
- Las decisiones de prescribir una transfusión deben basarse en el uso clínico de la sangre, tomando en cuenta las necesidades de la mujer.
- Hay que evitar en lo posible la pérdida de sangre para reducir la necesidad de transfusión.
- La mujer que sufre una pérdida aguda de sangre debe ser reanimada eficazmente (líquidos de reposición EV, oxígeno, etc.) mientras se evalúa la necesidad de una transfusión.
- El valor de hemoglobina de la mujer, aunque es importante, no debe ser el único factor que se tome en cuenta para comenzar una transfusión. La decisión debe estar respaldada por la necesidad de aliviar signos y síntomas clínicos y prevenir una morbilidad y mortalidad significativas.
- El profesional médico debe conocer los riesgos de infecciones y anafilaxia que tienen los hemocomponentes.
- La transfusión sólo debe prescribirse cuando sea probable que los beneficios para la mujer compensen con creces los riesgos.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



HIPEREMESIS GRAVÍDICA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O21	Vómitos excesivos en el embarazo
O21.0	Hiperemesis gravídica leve
O21.1	Hiperemesis gravídica con trastornos metabólicos
O21.2	Hiperemesis gravídica tardía
O21.9	Vómitos del embarazo, no especificados

DEFINICIONES

EMESIS	Las náuseas y vómitos son una situación clínica muy frecuente en el embarazo que afecta al 75-80 % de las gestantes. Son más comunes entre las semanas 6 -14 de gestación (suelen resolverse antes de las 16-20 semanas), aunque en un 20% persisten en el segundo y tercer trimestres. La condición más grave de este cuadro se conoce como hiperémesis gravídica.
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA	Es mucho menos frecuente y afecta en realidad al 0,5 - 2 % de todas las gestaciones. No existe consenso acerca de la definición de la enfermedad, pero la mayoría de las definiciones incluyen vómitos persistentes en ausencia de otras patologías que los expliquen con pérdida ponderal importante (superior al 5% del peso inicial), cetonuria, deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos.

DIAGNÓSTICO DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> El diagnóstico de hiperémesis gravídica es muchas veces un diagnóstico de exclusión y básicamente clínico: Presencia de varios vómitos al día en relación o no con las comidas. Intolerancia total o parcial a la ingesta, que produce una pérdida de peso mayor al 5%. Ausencia de otra sintomatología: No fiebre, no dolor abdominal. Deshidratación, con las consecuencias de: disminución de la micción, cefalea, confusión, palpitaciones, fatiga extrema, hipotensión, pérdida de la elasticidad de la piel, ansiedad, depresión secundaria.
EXÁMENES DE LABORATORIO	<p>Alteraciones analíticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemograma (hemoconcentración) Alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica) Alteración del perfil hepático (elevación leve de GOT y GPT < 300U/L, y Bilirrubina < 4 mg/dl) Amilasa elevada Alteración del perfil tiroideo (T4, TSH) Desequilibrio ácido-base (alcalosis metabólica) Análisis de orina (cetonuria, elevación de la osmolaridad, disminución del volumen urinario y del aclaramiento de creatinina)
Otras Pruebas Complementarias	<ul style="list-style-type: none"> En función de la gravedad del cuadro y ante la posibilidad de aparición de complicaciones (derivadas de las alteraciones hidroelectrolíticas) o ante dudas para efectuar un correcto diagnóstico diferencial, se pueden pedir otras pruebas complementarias como: β -HCG seriada (en casos de gestaciones muy incipientes o dudas diagnósticas), ecografía obstétrica (para valoración de la vitalidad fetal, número de embriones, descartar enfermedad trofoblástica, etc.), urocultivo (para realizar el diagnóstico diferencial con una infección urinaria), ecografía abdominal (por la posibilidad de afectación hepática) Hormonas tiroideas (para hacer diagnóstico diferencial con un posible hipertiroidismo), fondo de ojo (diagnóstico diferencial con una hipertensión intracraneal) y electrocardiograma (cuando la sintomatología y las alteraciones hidroelectrolíticas lo requieran).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

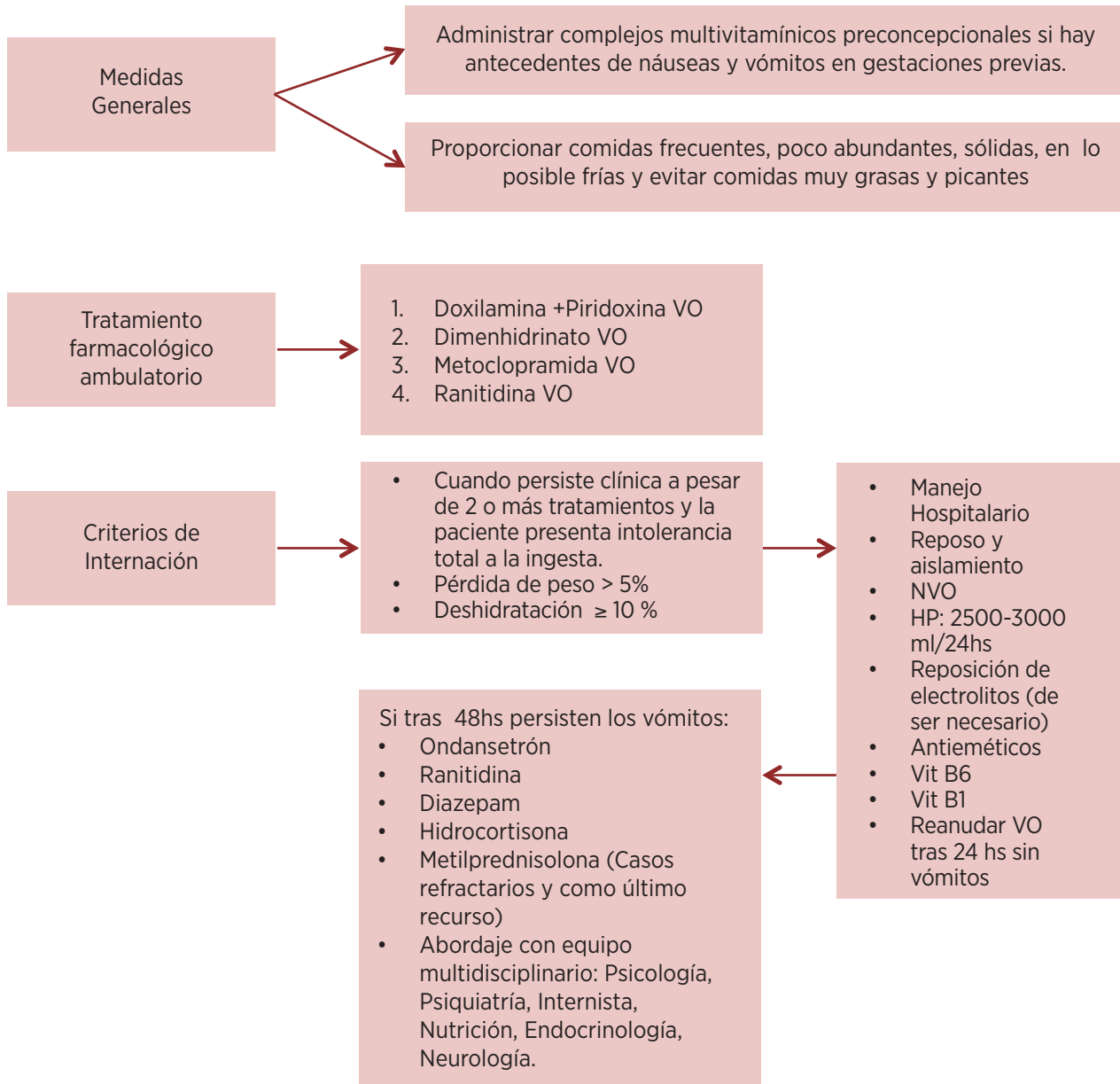
Otros trastornos que pueden causar vómitos deben excluirse, como: la gastroenteritis, la hepatitis, la apendicitis, la colecistitis, otros trastornos de las vías biliares, la úlcera péptica, la obstrucción intestinal, el hipertiroidismo no causado por emesis gravídica (p. ej., causado por la enfermedad de Graves), la enfermedad trofoblástica gestacional, la nefrolitiasis, la pielonefritis, la cetoacidosis diabética o la gastroparesia, la hipertensión intracraneana benigna y las migrañas. La presencia de síntomas graves además de las náuseas y los vómitos, a menudo, sugieren otra causa. Los diagnósticos diferenciales se descartan con el laboratorio, la clínica y los hallazgos ecográficos.

TRATAMIENTO DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO	NIVEL		
	I	II	III
1. Administrar complejos multivitamínicos de manera periconcepcional, sobre todo en aquellas pacientes que han presentado náuseas y vómitos en gestaciones anteriores. 2. Comidas frecuentes, poco abundantes (repartir la ingesta en un mínimo de 6 comidas de menor cantidad, cada 2 horas), sólidas, en lo posible frías, y evitar las comidas muy grasas y picantes.	X	X	X
3. Tratamiento farmacológico ambulatorio • Añadir los fármacos que se refieren a continuación en el orden en el que se citan, a medida que la sintomatología vaya empeorando.	X	X	X
A. Doxilamina 10 mg + piridoxina 10 mg: • Dosis: un comprimido cada 6-8 horas, aunque se puede ajustar la dosis en función de la sintomatología hasta alcanzar una dosis máxima de 70 mg/d.	X	X	X
B. Añadir Dimenhidrinato 50-100 mg/4-6 horas. La vía de administración puede ser oral o rectal. Dosis máxima 400 mg /d.	X	X	X
C. Añadir Metoclopramida 5-10 mg/8 horas: La vía de administración es oral en comprimidos o suspensión.	X	X	X
D. Ranitidina 150 mg cada 12 horas por vía oral o 300 mg al acostarse. Para administración EV: 50 mg cada 8 horas.	X	X	X
4. CRITERIOS DE INTERNACIÓN • Cuando persiste la clínica a pesar de la asociación de 2 ó más tratamientos y la paciente presenta intolerancia total a la ingesta. • Pérdida de Peso mayor al 5%. • Deshidratación de 10%.	X	X	X
INGRESO HOSPITALARIO 1. Reposo y aislamiento (sin contactos externos: limitar visitas, llamadas de teléfono). Nada por vía oral. 2. Hidratación Parenteral: 2500-3000 ml en 24 horas, alternando suero fisiológico con glucosados al 10 %. Mantener hidratación hasta la tolerancia a la vía oral. 3. Reposición de electrolitos (según laboratorio). 4. Antieméticos E.V.: Metoclopramida 10 mg (1 amp/8h EV lento). 5. Vitamina B6 (Piridoxina) 100 mg/24 h EV 6. Vitamina B (tiamina) 100 mg/24h EV. La suplementación de Tiamina EV se aconseja en aquellas mujeres con vómitos persistentes de más de 3 semanas de evolución. 7. Se reanuda la alimentación oral tras 24 horas sin vómitos. Habitualmente el alivio de los síntomas se produce en 1 o 2 días. 8. Si tras 48 horas persisten los vómitos, iniciar tratamiento con Ondansetrón 8mg/8-12h EV. 9. Ranitidina: 50 mg EV cada 8 horas. 10. Administrar Diazepam 2-10 mg intramuscular o intravenoso, según necesidad. 11. Hidrocortisona 100 mg EV cada 12 horas por 24 horas. 12. En casos refractarios y como último recurso y con gestaciones de más de 10 semanas utilizar: Metilprednisolona EV 16 mg/8h durante 3 días, seguido de dosis decrecientes durante 15 días hasta desaparición de los síntomas. Si no hay respuesta en los 3 primeros días, debe interrumpirse el tratamiento porque no es esperable una respuesta (evaluar otras causas no relacionadas a la gestación). 13. Si hay respuesta pasar a vía oral con Prednisona: 40 mg/día 1 día, 20 mg/día 3 días, 10 mg/día 3 días y 5 mg/día 7 días. 14. Equipo multidisciplinario (Psicología, Psiquiatría, Internista, Nutrición, Endocrinología, Neurología).		X	X
			X
			X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo de la Hiperemésis gravídica



INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O61	FRACASO DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
O61.0	Fracaso de la inducción médica del trabajo de parto (por oxitócicos, prostaglandinas)
O61.1	Fracaso de la inducción instrumental del trabajo de parto (mecánica, quirúrgica)
O61.8	Otros fracasos de la inducción del trabajo de parto
O61.9	Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de parto

DEFINICIONES

INDUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas, con la intención de iniciar el trabajo de parto, cuando hay indicación de finalizar la gestación.
CONDUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado.
MADURACIÓN DEL CUELLO UTERINO	<ul style="list-style-type: none"> Administración terapéutica que permite mejorar las condiciones cervicales (ÍNDICE de BISHOP) con la utilización de prostaglandinas (Misoprostol) y laminarias.
TRABAJO DE PARTO	<ul style="list-style-type: none"> Se considera que se ha establecido un patrón de trabajo de parto adecuado cuando hay tres contracciones en 10 minutos, cada una de 40 segundos de duración, con una intensidad acorde a la duración y con dilatación cervical mayor a 2 cm y con borramiento del 80%. Fase latente hasta 3 cm de dilatación, y fase activa a partir de 4 cm de dilatación.
HIPERESTIMULACIÓN UTERINA	<ul style="list-style-type: none"> Actividad uterina exagerada en frecuencia (taquisistolia: mayor a 5 contracciones en 10 minutos), de más de 60 segundos a la palpación y en tono (hipertonía uterina: tono sobre 20 mm Hg).

DIAGNÓSTICO DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO
SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

	Evaluación de historia clínica y examen físico
	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar si existe indicación de finalización del embarazo. Valorar signos de alarma materno y fetal. Buscar causas de distocias (alteraciones) del trabajo de parto en fase latente o activa. Dinámica uterina ausente o con poca actividad Ausencia de otra sintomatología de trabajo de parto
	<ul style="list-style-type: none"> Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold. Auscultación fetal por cualquier método. Diagnóstico de la etapa y la fase del trabajo de parto por examen o tacto vaginal. Valorar Índice de Bishop. Tacto vaginal para determinación de proporción céfalo-pélvica. Especuloscopia para determinar pérdida de líquido, sangrado o secreciones, alteraciones del canal cérvico vaginal vulvar (ejemplo condilomas, tumor de cuello).
EXÁMENES AUXILIARES (si se dispone en el servicio)	<ul style="list-style-type: none"> Test de Cristalización o Cristalografía previa al tacto vaginal si hay duda de Ruptura Prematura de Membranas (RPM). Monitoreo fetal electrónico. Ecografía obstétrica.

INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO: INDUCCIÓN (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
INDICACIÓN DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO.			
1. Asegúrese de que exista indicación para la inducción del trabajo de parto y además evaluar cada caso según factores de riesgo: Indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> RPM sin inicio espontáneo del trabajo de parto en embarazo de término, luego de 24 horas (ver capítulo correspondiente). Trastorno hipertensivo gestacional: Pre-eclampsia severa o eclampsia (Ver protocolo correspondiente). Estado fetal alterado (ver según patología específica). Embarazo prolongado (postérmino) ≥ 42 semanas. Muerte fetal intrauterina (si no hay contraindicación para parto vaginal). Corioamnionitis. Colestasis intrahepática del embarazo: Ver protocolo correspondiente. Dificultad de acceso geográfico a servicios de salud para mujeres que viven lejos. Conocer con seguridad la edad gestacional y la madurez pulmonar. Observación: Para condiciones médicas maternas compensadas o controladas se debe evaluar cada caso en particular.	X	X	X
2. Descarte <u>CONTRAINDICACIONES</u> para inducción de trabajo de parto: Contraindicaciones uterinas: <ul style="list-style-type: none"> Cicatriz uterina previa (obstétrica o ginecológica) Observación: En caso de una cesárea previa: se podrá inducir si se cuenta con el entorno habilitante para la misma. Sangrados de la segunda mitad del embarazo (Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta, Rotura Uterina) Sobredistensión por embarazo múltiple o polihidramnios. Contraindicaciones fetales: <ul style="list-style-type: none"> Anomalías fetales: hidrocefalia (DCP), Hidrops. Presentación pelviana y situación transversa. Estado de salud fetal comprometido: Ver protocolo correspondiente. Prolapso y procúbito de cordón y miembros. Contraindicaciones maternas: <ul style="list-style-type: none"> Pelvis desfavorable. Herpes genital activo, condilomatosis importante del canal vaginal y del cuello uterino. Enfermedad cardíaca descompensada. OBS: SE PUEDE REALIZAR CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA EN PACIENTE CON UNA CICATRIZ UTERINA SEGMENTARIA PREVIA POR CESÁREA; QUE SE HAYA REALIZADO DESPUÉS DE LAS 28 SEMANAS, teniendo en cuenta el entorno habilitante.	X	X	X
3. DESCARTE UNA DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA. Aplique una evaluación céfalo-pélvica.	X	X	X
4. EVALUACIÓN DEL CUELLO UTERINO: El resultado satisfactorio de la inducción del trabajo de parto está relacionado con el estado del cuello uterino al comienzo de la inducción. Para evaluar el estado del cuello uterino, se realiza un examen del mismo y se asigna una puntuación basada en la Índice de Bishop.	X	X	X
5. Si el cuello uterino es desfavorable (puntuación de 6 ó menos), se lo considera inmaduro y se debe mejorar la puntuación (maduración) utilizando PROSTAGLANDINAS O LAMINARIA antes de la inducción con oxitocina.	X	X	X
6. Si el cuello uterino es favorable (puntuación de 6 ó más), se lo considera maduro y generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto sólo con OXITOCINA .	X	X	X
7. Si la paciente tiene indicación de finalización del embarazo y no tiene contraindicación para el uso de uterotónicos disponga su ingreso al servicio operativo o realice la referencia a otro servicio operativo de mayor complejidad donde sea atendida.	X	X	x

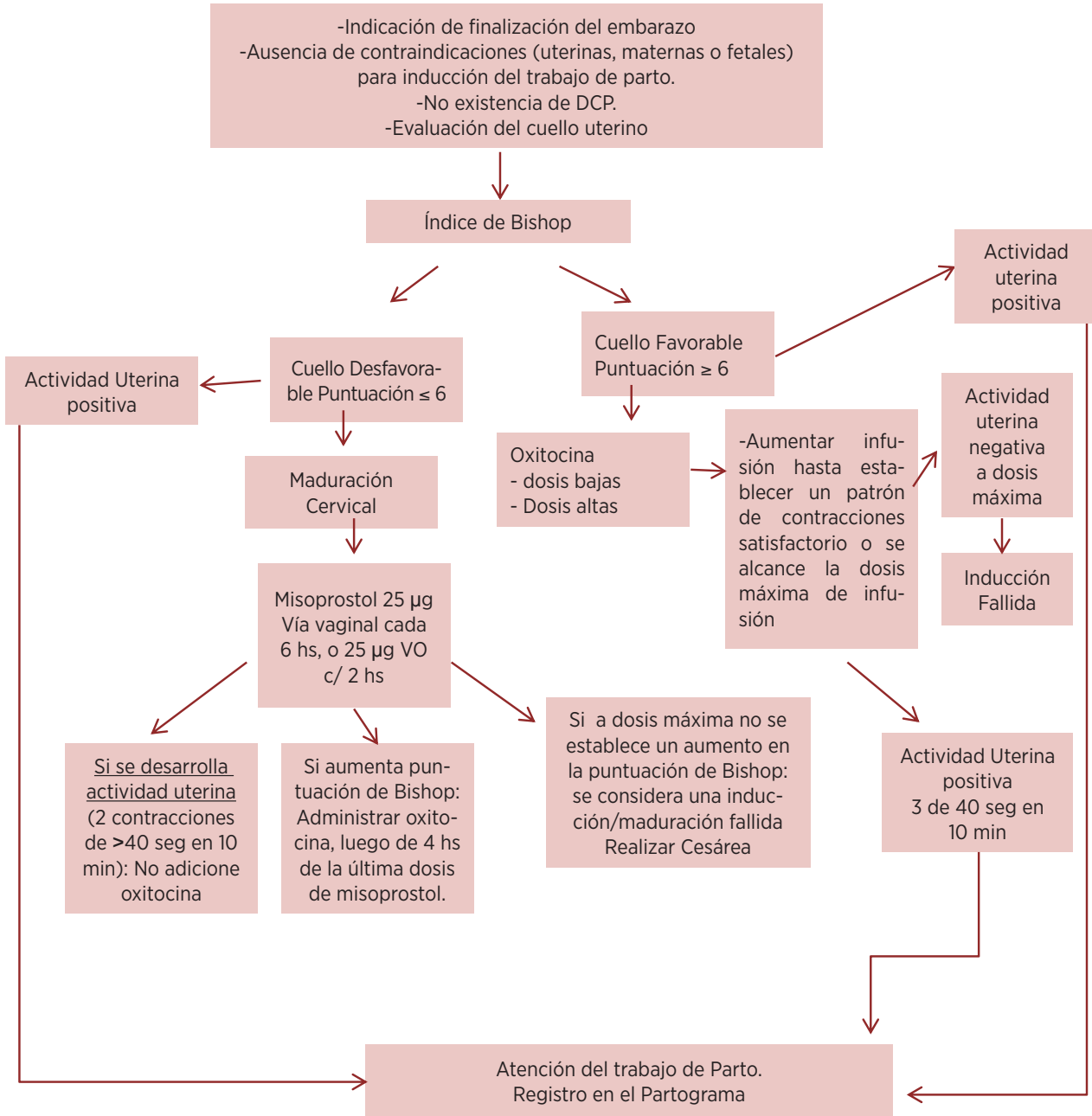
INDUCCIÓN/MADURACIÓN CON PROSTAGLANDINAS (MISOPROSTOL)

INDUCCIÓN/MADURACIÓN CON MISOPROSTOL	I	II	III
<p>1. USOS DEL MISOPROSTOL: Madurar el cuello del útero para mejorar la puntuación del Índice de Bishop. Secundariamente puede iniciar actividad uterina en un útero inactivo. Misoprostol para la inducción de trabajo de parto se asocia con un menor uso de analgesia epidural, con mayores posibilidades de lograr un parto vaginal.</p>		X	X
<p>2. CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE MISOPROSTOL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cicatrices uterinas previas. Observación: En caso de una cesárea previa (hasta las 26 semanas): se podrá utilizar misoprostol si se cuenta con el entorno habilitante. Otras situaciones que contraindiquen la inducción del trabajo de parto. Alergia o hipersensibilidad al Misoprostol. Disfunción hepática severa. Coagulopatías o tratamiento con anticoagulante. <p>Observación: Evaluar la utilización de métodos mecánicos de maduración cervical (laminaria, sonda vesical) en condiciones médicas que contraindican el uso del misoprostol.</p>		X	X
<p>3. DOSIS DE MISOPROSTOL: PUNTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> La dosis eficaz de Misoprostol varía para cada mujer. La administración más efectiva para inducir el parto es la vaginal. La administración es dosis respuesta, con dosis sucesivas. La administración se mantiene hasta establecer un Índice de Bishop de 6 o más. No administrar una nueva dosis de Misoprostol, si hay actividad uterina igual o mayor a 2 contracciones en 10 minutos. Use oxitocina exclusivamente si han transcurrido 4 horas de la última dosis de Misoprostol. El útero debe relajarse entre una contracción y otra. Realizar controles maternos y fetales estrictos ya que la hiperestimulación es más frecuente con Misoprostol que con oxitocina, pudiendo producir alteración del bienestar fetal y excepcionalmente rotura uterina. Se debe disponer de: tocolíticos para tratar una taquisistolia y/o hipertensión, así como de sala de operaciones para efectuar una cesárea de urgencia. 		X	X
<p>RÉGIMEN DE MISOPROSTOL. INDUCCIÓN DEL PARTO: 25 ug Vía Vaginal (colocando una tableta de 25 ug en el fondo de saco posterior) cada 6 horas ó 25 ug Vía Oral cada 2 horas. FIGO 2017 Observación: Si sólo se dispone de tabletas de 200 µg, se puede obtener una dosis menor mediante su disolución en agua. Disolver una tableta de 200 µg en 200 ml de agua y administrar 25 ml de esa solución para la vía oral.</p>		X	X
4. Escoja e inicie el régimen que considere más apropiado para la paciente según la indicación de maduración cervical.		X	X
5. Administre dosis sucesivas a los intervalos indicados de acuerdo al régimen elegido hasta que se alcance la dosis máxima o se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o mejore la puntuación del Índice de Bishop.		X	X
6. Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer. Verifique la frecuencia cardiaca fetal por cualquier método cada 30 minutos y registre en una hoja de control. Escala de Alerta Precoz.		X	X
7. Si se produce hiperestimulación (una contracción de más de 60 segundos de duración), o si hay más de cinco contracciones en 10 minutos , retire la tableta del fondo de saco vaginal, coloque a la mujer en decúbito lateral izquierdo y considere el uso de tocolíticos.		X	X
8. Si no se establece un aumento en la puntuación de Bishop a las dosis máximas , considere una inducción / maduración fallida y realice una cesárea.		X	X
9. Si aumenta la puntuación de Bishop inicie administración de oxitocina luego de 4 horas de la última dosis de Misoprostol.		X	X
10. Si se desarrolla actividad uterina de 2 en 10 minutos de 40 segundos cada una no adicione Oxitocina.		X	X

UTILIZACIÓN DE OXITOCINA

INDUCCIÓN CON OXITOCINA		
1. USOS DE LA OXITOCINA: <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar actividad uterina en un útero inactivo. • Regular una actividad uterina que no cumple el requisito de 3 contracciones en 10 minutos. • Intensificar una actividad uterina que no cumple la duración de 40 segundos para cada contracción. 	X	X
2. DOSIS DE LA OXITOCINA: PUNTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR: <ul style="list-style-type: none"> • La dosis eficaz de oxitocina varía para cada mujer. • La administración es EV diluida en solución salina 0,9%. • La administración es dosis respuesta, con aumentos graduales de la dosis y velocidad de infusión. • La administración se mantiene hasta establecer un trabajo de parto regular (3 contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración). • Mantenga esta velocidad hasta el momento del parto. • El útero debe relajarse entre una contracción y otra. • La hiperestimulación puede producir alteración del bienestar fetal y excepcionalmente rotura uterina. 	X	X
3. Para el régimen de administración de oxitocina se utiliza el esquema IMPAC 1era Edición (Página P24 a P28). Ver al final del capítulo.	X	X
4. Escoja e inicie el régimen que considera más apropiado para la paciente según la indicación de inducción del trabajo de parto.	X	X
5. Realice elevaciones de dosis progresivas a los intervalos indicados de acuerdo al régimen elegido.	X	X
6. Aumente la velocidad de infusión hasta que se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o se alcance la dosis máxima de infusión.	X	X
7. Cuando la dosis infundida de oxitocina haya producido un patrón de trabajo de parto regular, mantenga la misma velocidad de infusión hasta el parto.	X	X
8. Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer y verifique la frecuencia cardíaca fetal según registro del partograma y escala de alerta precoz.	X	X
9. Asegúrese de registrar los siguientes hallazgos en un partograma cada 30 minutos <ul style="list-style-type: none"> • velocidad de infusión de la oxitocina; • duración y frecuencia de las contracciones; • frecuencia cardíaca fetal por cualquier método después de que la contracción ha cesado. Si hay sospecha de compromiso del bienestar fetal detenga la infusión, valore la situación y la vía de finalización del embarazo. Si se produce hiperestimulación (una contracción de más de 60 segundos de duración), o si hay más de cinco contracciones en 10 minutos , detenga la infusión y considere el uso de tocolíticos.	X	X
10. Si no se establece un buen patrón de contracciones a una velocidad de infusión máxima , considere una inducción/conducción fallida y realice una cesárea.	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



Oxitocina. Adaptado del Capítulo: Inducción y Conducción del Trabajo de Parto (Página P23 a P28) de la Guía "Manejo Integrado de las complicaciones del embarazo y el parto" IMPAC ("Integrated Management of Pregnancy and Childbirth" OMS – 1ra Edición). Se mantiene igual en IMPAC 2da Edición (2017).

Mantenga bajo observación cuidadosa a las mujeres que reciben oxitocina.

La dosis eficaz de oxitocina varía enormemente según la mujer de la que se trate. Administre con precaución la oxitocina en los líquidos IV (solución salina normal), aumentando gradualmente la velocidad de infusión hasta que se establezca un trabajo de parto adecuado (tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración). Mantenga esta velocidad hasta el momento del parto. El útero debe relajarse entre una contracción y otra.

Cuando la infusión de oxitocina haya producido un patrón de trabajo de parto adecuado, mantenga la misma velocidad hasta el parto.

Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer y verifique la frecuencia cardíaca fetal. Revise las indicaciones.

Asegúrese de que esté indicada la inducción, porque una inducción fallida generalmente conduce a una cesárea. Asegúrese de que la mujer esté acostada sobre su lado izquierdo.

Registre los siguientes hallazgos en un partograma cada 30 minutos:

- velocidad de infusión de la oxitocina;
- duración y frecuencia de las contracciones;
- frecuencia cardíaca fetal. Escúchela cada 30 minutos, siempre inmediatamente después de una contracción. Si la frecuencia cardíaca fetal es menos de 100 latidos por minuto, detenga la infusión y maneje como sufrimiento fetal.

Infunda oxitocina 2,5 unidades en 500 ml de solución salina normal a 10 gotas por minuto. Esto equivale aproximadamente a 2,5 mUI por minuto.

Aumente la velocidad de infusión en 10 gotas más por minuto cada 30 minutos hasta que se establezca un buen patrón de contracciones (contracciones de más de 40 segundos de duración que ocurren tres veces en el lapso de 10 minutos).

Mantenga esta velocidad hasta que finalice el parto.

Si se produce hiperestimulación (una contracción de más de 60 segundos de duración), o si hay más de cuatro contracciones en 10 minutos, detenga la infusión y relaje el útero utilizando tocolíticos:

Si a una velocidad de infusión de 60 gotas por minuto no se producen tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración:

- Aumente la concentración de oxitocina a 5 unidades en 500 ml de solución salina normal y regule la velocidad de infusión a 30 gotas por minuto (15 mUI por minuto);
- Aumente la velocidad de infusión en 10 gotas más por minuto cada 30 minutos hasta que se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o se alcance la velocidad máxima de 60 gotas por minuto.

Si todavía no se ha establecido el trabajo de parto utilizando la concentración más alta de oxitocina:

- **En las multigrávidas** y en las mujeres con cicatrices de cesáreas previas, la inducción ha fracasado; realice una cesárea;
- **En las primigrávidas**, infunda la oxitocina a una concentración mayor (incremento rápido):
 - Infunda oxitocina 10 unidades en 500 ml de solución salina normal a 30 gotas por minuto;
 - Aumente la velocidad de infusión en 10 gotas más por minuto cada 30 minutos hasta que se establezcan buenas contracciones;
 - Si no se establece un buen patrón de contracciones a una velocidad de 60 gotas por minuto (60 mUI por minuto), realice una cesárea.

No use 10 unidades de oxitocina en 500 ml (es decir 20 mUI/ml) en las multigrávidas ni en mujeres con cesárea previa.

Velocidades de infusión de oxitocina para la inducción del trabajo de parto (Nota: 1 ml=20 gotas)					
Tiempo desde la inducción (horas)	Concentración de oxitocina	Gotas por minuto	Dosis aproximada (mUI/minuto)	Volumen administrado	Volumen total administrado
0,00	2,5 unidades en 500 ml se solución salina normal (5 mUI/ml)	10	3	0	0
0,50	La misma	20	5	15	15
1,00	La misma	30	8	30	45
1,50	La misma	40	10	45	90
2,00	La misma	50	13	60	150
2,50	La misma	60	15	75	225
3,00	5 unidades en 500 ml se solución salina normal (10 mUI/ml)	30	15	90	315
3,50	La misma	40	20	45	360
4,00	La misma	50	25	60	420
4,50	La misma	60	30	75	495
5,00	10 unidades en 500 ml se solución salina normal (20 mUI/ml)	30	30	90	585
5,50	La misma	40	40	45	630
6,00	La misma	50	50	60	690
6,50	La misma	60	50	75	765
7,00	La misma	60	60	90	855

Aumente la velocidad de infusión de oxitocina sólo hasta el momento en que se establezca un trabajo de parto adecuado y luego mantenga la infusión a esa velocidad.

Incremento rápido para la primigrávida: Velocidades de infusión de oxitocina para la inducción del trabajo de parto (Nota: 1 ml=20 gotas)					
Tiempo desde la inducción (horas)	Concentración de oxitocina	Gotas por minuto	Dosis aproximada (mUI/minuto)	Volumen administrado	Volumen total administrado
0,00	2,5 unidades en 500 ml se solución salina normal (5 mUI/ml)	15	4	0	0
0,50	La misma	30	8	23	23
1,00	La misma	45	11	45	68
1,50	La misma	60	15	68	135
2,00	5 unidades en 500 ml se solución salina normal (10 mUI/ml)	30	15	90	225
2,50	La misma	45	23	45	270
3,00	La misma	60	30	68	338
3,50	10 unidades en 500 ml se solución salina normal (20 mUI/ml)	30	30	90	428
4,00	La misma	45	45	45	473
4,50	La misma	60	60	68	540
5,00	La misma	60	60	90	630

INFECCIÓN Y FIEBRE PUERPERAL

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O91	Infecciones de la mama asociadas al parto
O90	Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte
O85	Sepsis puerperal (endometritis, fiebre, peritonitis, septicemia puerperal)
O86	Otras infecciones puerperales

DEFINICIONES

PUERPERIO	<p>Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las 6 semanas posparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • INMEDIATO: hasta las primeras 24 horas. • MEDIATO: hasta los 10 días posparto. • ALEJADO: hasta los 45 días posparto.
INFECCIÓN O FIEBRE PUERPERAL	<p>Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.</p> <p>Potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico.</p>
MASTITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por condición inflamatoria de la mama, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con la lactancia se la llama mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.</p>
DEHISCENCIA E INFECCION DE HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL (ABSCESO DE PARED)	<p>Proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta a la cicatriz de la episiotomía o cicatriz de cesárea.</p> <p>Puede tratarse de colección exudativa (SEROMA), sanguínea (HEMATOMA) o purulenta (ABSCESO) Secreción purulenta con o sin fetidez.</p>
ENDOMETRITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y doloroso a la palpación profunda y loquios con o sin fetidez.</p>

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN Y FIEBRE PUERPERAL SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación febril. • Fiebre: Temperatura $\geq 38^\circ$. • Lactancia. • Episiotomía o desgarro • Cesárea
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO VAGINAL O POST CESÁREA. • Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náuseas y vómitos. • Escalofríos. • Taquicardia. • Deshidratación variable. <p>INGURGITACION MAMARIA. MASTITIS. INFECCION DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES. ENDOMETRITIS.</p> <p>DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulso rápido y débil (100 por minuto o más); • Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). <p>Además se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palidez en conjuntivas, palma de las manos y/o cianosis peri bucal; • Sudoración o piel fría y húmeda; • Respiración rápida de 25 o más por minuto; • Ansiedad, confusión o inconsciencia; • Oliguria de menos de 30 ml por hora.
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma. • Tipificación, Rh, pruebas cruzadas. • Crasis • Electrolitos • Orina simple + Urocultivo. • Policultivos según necesidad • Ecografía abdominal / transvaginal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

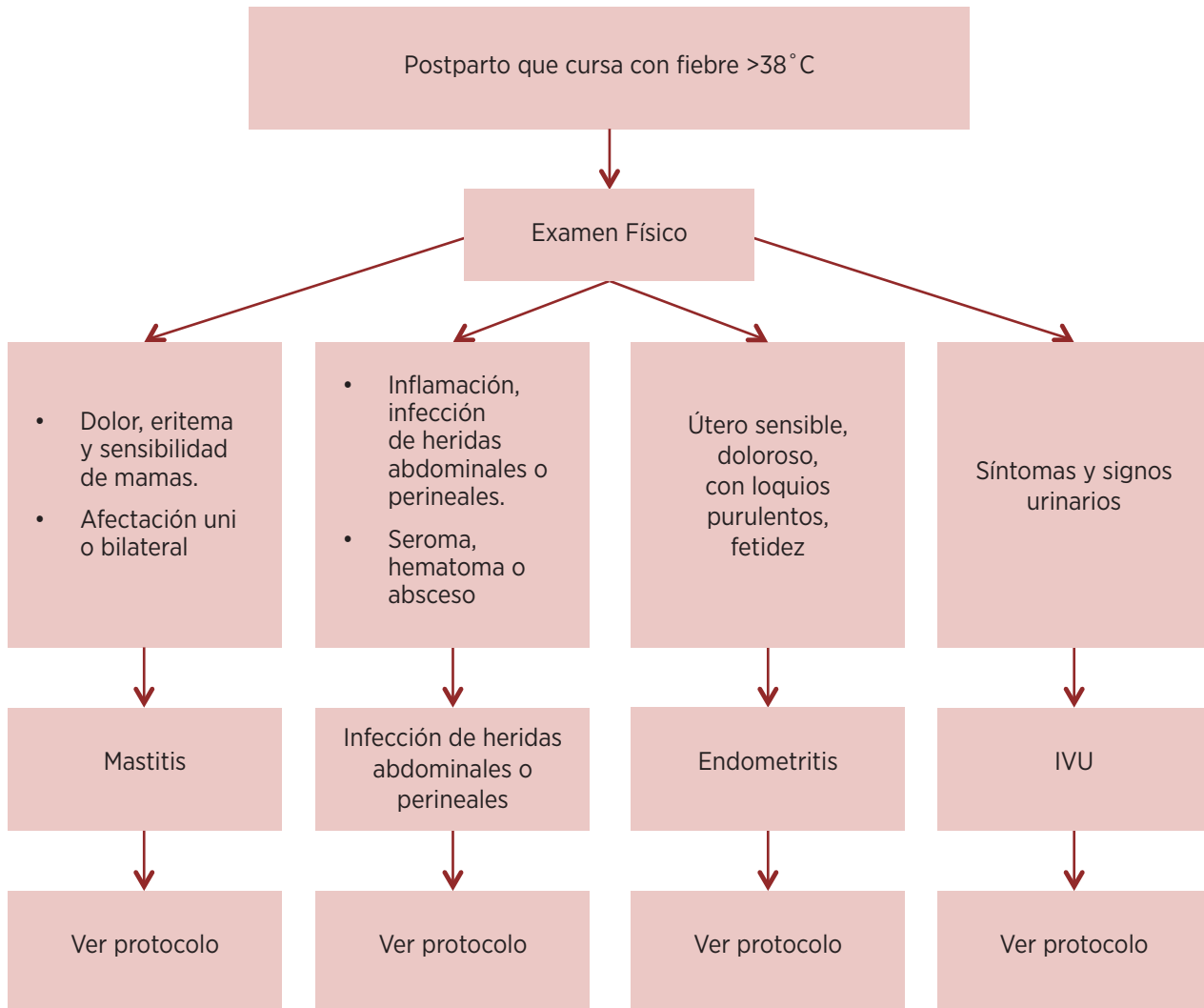
- Antecedente actual de corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.
- Abdomen agudo quirúrgico (apendicitis, colecistitis, etc.)

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN Y FIEBRE PUERPERAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	x
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura (Evaluación cardiopulmonar y miembros inferiores). Utilizar Escala de alerta precoz.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Examen de mamas: MASTITIS • Heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DEEPISIOTOMIA O DESGARRO • Heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL • Altura uterina y sangrado genital y características de los loquios: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP, TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, Orina simple, ecografía.	X	X	x
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, hemocultivo y funcionalidad hepática según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Si temperatura >38°C disminuirla por medios físicos y/o antipiréticos (si no cediera con medios físicos). <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 1g VO al momento y según persistencia febril cada 8 horas. • Dipirona 1 g EV al momento y según persistencia febril cada 8 horas. 	X	X	X
10. HAGA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN FLUJOGRAMA Y TRATE SEGÚN PROTOCOLO DE CADA PATOLOGÍA ETIOLÓGICA DE FIEBRE E INFECCIÓN PUERPERAL.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo de Infección y Fiebre Puerperal



INFECCIÓN Y FIEBRE PUERPERAL ENDOMETRITIS PUERPERAL

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O85	SEPSIS PUERPERAL (ENDOMETRITIS, FIEBRE, PERITONITIS, SEPTICEMIA)
O86	OTRAS INFECCIONES PUERPERALES
O86.1	Otras infecciones genitales consecutivas al parto (cervicitis, vaginitis consecutivas al parto)
O86.2	Infección de las vías urinarias consecutiva al parto
O86.3	Otras infecciones de las vías genitourinarias consecutivas al parto
O86.4	Pirexia de origen desconocido consecutiva al parto (infección, pirexia puerperal)
O86.8	Otras infecciones puerperales especificadas

DEFINICIONES

ENDOMETRITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y doloroso y con o sin loquios fétidos.</p> <p>La infección puede favorecerse si existe tacto reiterativo, parto prolongado, bolsa rota de más de 6 horas, cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones como extracción manual de placenta, reparación de desgarros, legrados complementarios, etc.</p>
-------------------------------	---

DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRITIS PUERPERAL SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>CONSIDERAR UNO O MÁS FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de control preconcepcional y prenatal. • Parto (5%) - Cesárea (15%). • Anemia o estado nutricional deficitario. • RPM y/o Corioamnionitis actual o previa. • Trabajo de parto prolongado. • Múltiples tactos vaginales. • Parto traumático. • Parto domiciliario. • Retención de restos placentarios - extracción manual de placenta - compresión bimanual de útero. • Historia de IVU recurrentes en el embarazo.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre mayor a 38°C post parto vaginal o post cesárea • Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito. • Escalofríos. • Taquicardia. • Deshidratación variable. • Útero sensible con dolor intenso a la palpación. • Subinvolución uterina. • Loquios purulentos y/o fétidos. <p>DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SÉPTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulso rápido y débil (100 por minuto o más); • Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). Además se incluyen: • Palidez en conjuntivas, palma de las manos y/o cianosis peri bucal; • Sudoración o piel fría y húmeda; • Respiración rápida de 25 o más por minuto; • Ansiedad, confusión o inconsciencia; • Oliguria de menos de 30 ml por hora.

**EXÁMENES
AUXILIARES**

- Hemograma: leucocitosis con neutrofilia.
- Crasis sanguínea
- Tipificación, Rh, perfil hepático, renal y electrolitos.
- Orina simple + urocultivo.
- Ecografía: útero sub involucionado, retención de restos placentarios, absceso pélvico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENDOMETRITIS PUERPERAL

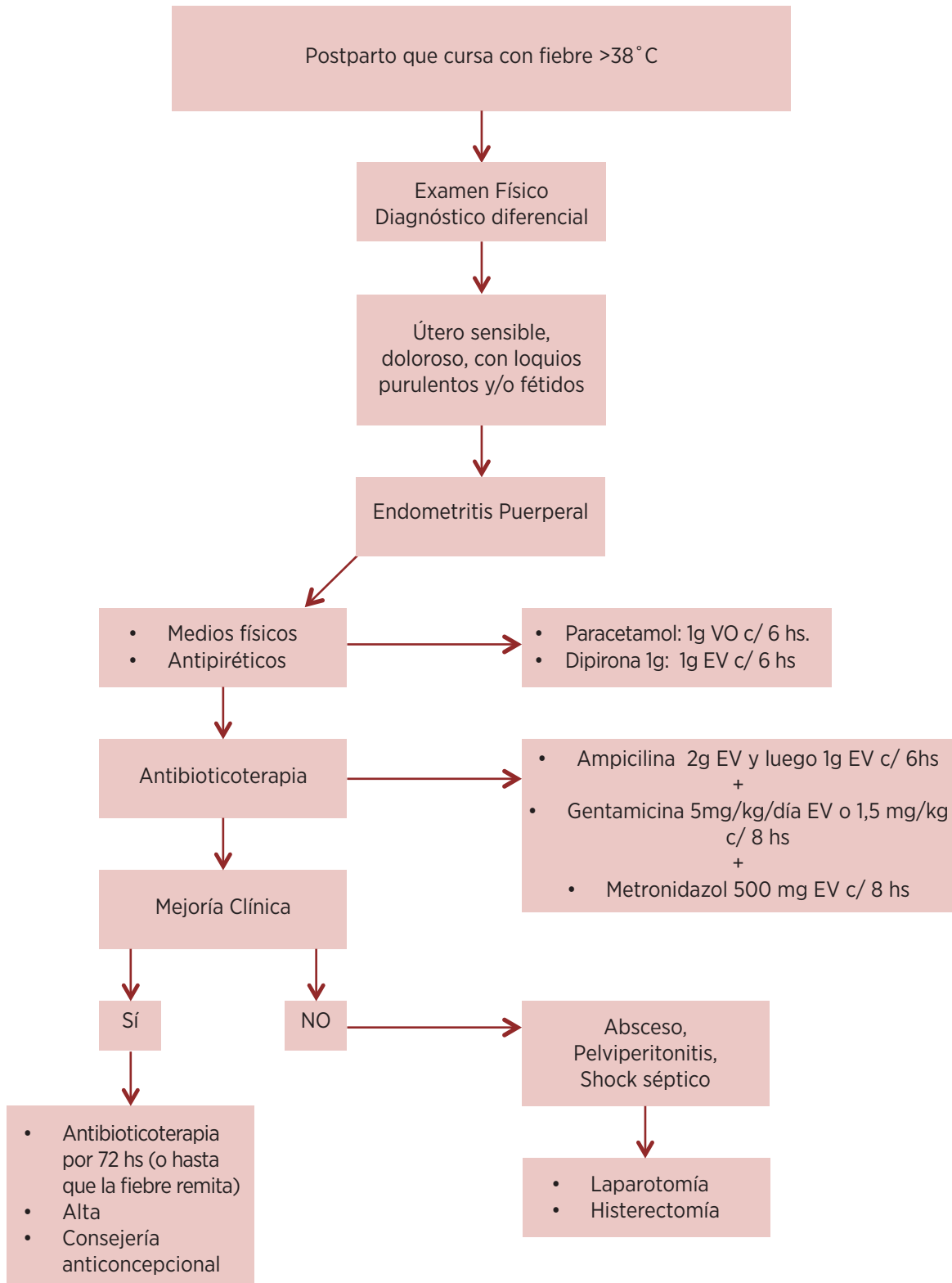
- Mastitis.
- Infección de herida perineal o abdominal.
- Aborto séptico.
- Corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: Cistitis o Pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica pélvica.
- Apendicitis, Hepatitis, Malaria, Tifoidea.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL POR ENDOMETRITIS PUERPERAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Escala de alerta precoz.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: Examen de mamas: MASTITIS Heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DEEPISIOTOMIA y desgarros Heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL Altura de fondo de útero, loquios con o sin olor fétido y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP, TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, Orina simple, ecografía.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, GOT, GPT según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalización endovenosa con catéter 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Ringer Lactato)	X	X	X
10. Manejo de shock séptico (si aplica).	X	X	X
11. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso hospitalario o la referencia a otro servicio de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
Si temperatura >38°C disminuir temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. Paracetamol 1g VO al momento y según persistencia febril cada 6 horas. Dipirona 1g EV al momento y cada 6 horas.	X	X	X

<p>13. ANTIBIOTICOTERAPIA EV por 72 horas o hasta que la fiebre remita: Ampicilina 2 g EV y después 1 g c/6 horas, más Gentamicina 5 mg/kg/día EV en una sola dosis o 1,5 mg/kg c/8 horas, más Metronidazol 500 mg EV c/ 8 horas Ó Clindamicina 900 mg EV c/8 h, más Gentamicina 5 mg/kg/día EV en una sola dosis o 1.5 mg/kg c/8 horas Ó Cefotaxima 1 g EV c/ 6 horas o Ceftriaxona 1 g EV c/8 horas, más Metronidazol 500 mg EV c/8 horas.</p>		X	X
<p>14. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si cavidad vacía: continúe la antibioticoterapia para endometritis. • si cavidad ocupada sospeche retención de fragmentosplacentarios. • si masa ocupativa periuterina: sospeche absceso pélvico. 		X	X
<p>15. Si se sospecha clínicamente y/o por ecografía: retención de fragmentos placentarios, evacuación uterina (Legrado uterino instrumental o AMEU).</p>		X	X
<p>16. Si no hay ninguna mejoría con estas medidas y hay signos de peritonitis general (fiebre, dolor abdominal, signos de irritación peritoneal), realice una laparotomía y en presencia de secreción purulenta evaluar drenaje, lavado y/o histerectomía total.</p>		X	X
<p>17. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas post-procedimiento y luego cada 8 horas hasta el alta.</p>		X	X
<p>18. Si no recibió vacunación antitetánica durante el prenatal realizar profilaxis antitetánica.</p>		X	X
<p>19. INDICACIONES AL ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta habitual • Actividad ambulatoria progresiva • Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. • Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas, según necesidad. 		X	X
<p>20. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.</p>	X	X	X
<p>21. No olvide enviar con la paciente y con el personal de salud la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo de la Endometritis puerperal



INFECCIÓN DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
090	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
090.0	Dehiscencia de sutura de cesárea
090.1	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal (desgarro perineal, episiotomía)
090.2	Hematoma de herida quirúrgica obstétrica
086	OTRAS INFECCIONES PUERPERALES
086.0	Infección de herida quirúrgica obstétrica

DEFINICIONES

INFECCIÓN O FIEBRE PUERPERAL	Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento (siempre que no existan otras causas evidentes extragenitales de fiebre)
-------------------------------------	---

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DE HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>CONSIDERAR UNO O MÁS FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de control preconcepcional y prenatal. • Parto (5%) - Cesárea (15%). • Anemia o estado nutricional deficitario. • RPM y/o Corioamnionitis actual o previa. • Trabajo de parto prolongado. • Múltiples tactos vaginales. • Parto traumático. • Parto domiciliario no limpio. • Retención de restos placentarios - extracción manual de placenta - compresión bimanual de útero.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre mayor a 38° C post parto vaginal o post cesárea. • Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náuseas y vómitos. • Escalofríos. • Taquicardia. • Deshidratación variable. <p>INFECCION DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, dura y con secreción serosa, sanguinolenta o purulenta. • Eritema y edema más allá del borde de la incisión. <p>DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulso rápido y débil (110 por minuto o más). • Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). Además se incluyen: • Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal; • Sudoración o piel fría y húmeda. • Respiración rápida de 30 o más por minuto. • Ansiedad, confusión o inconsciencia. • Oliguria de menos de 30 ml por hora.
EXÁMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda. • TP - TTPA - Plaquetas. Tipificación, Rh, pruebas cruzadas. • COLORACIÓN GRAM Y FRESCO O CULTIVO DE SECRECIÓN PURULENTO.

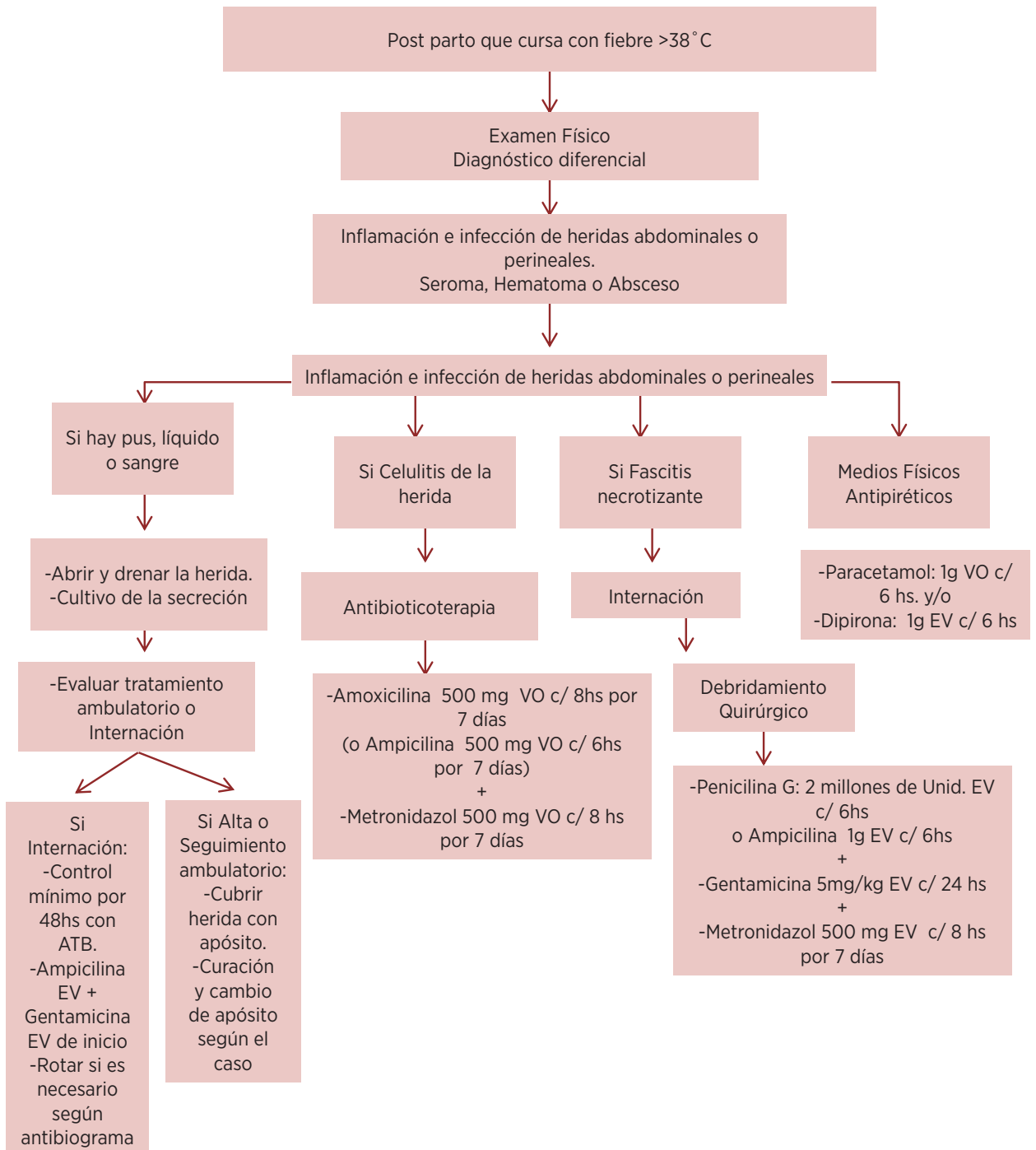
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIÓN DE HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES

- Mastitis.
- Endometritis.
- Aborto séptico.
- Corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.
- Apendicitis, Hepatitis, Malaria, Tifoidea.
- Dengue, Zika, Chikungunya.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL POR INFECCIÓN DE LAS HERIDAS PERINEALES Y ABDOMINALES (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en la hoja de Escala de Alerta Precoz.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> Examen de mamas: MASTITIS Heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DEEPISIOTOMIA Heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL Altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, Orina simple, ecografía, cultivo de secreción.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 1g VO al momento y cada 6 horas. Dipirona 1 g EV al momento y cada 6 horas. 	X	X	X
SI DETECTA ABSCESO, SEROMA, HEMATOMA O DEHISCENCIA DE LA HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL	NIVEL		
10. Si hay pus, líquido o sangre : <ul style="list-style-type: none"> Abra y drene la herida y solicite cultivo de la secreción; igual si la herida está abierta. Realizar evaluación para decidir tratamiento ambulatorio o internación. Criterios de internación: alteración el estado general y/o presencia de: fiebre ≥ 38 C, y/o secreción purulenta, y/o comorbilidades. 	X	X	X
11. Retire las suturas subcutáneas y debride la herida, con anestesia. No retire las suturas aponeuróticas.	X	X	X
12. Si se decide internación: control por un mínimo de 48 horas con antibioticoterapia parenteral (utilizar antibióticos diferentes a los utilizados en casos de profilaxis antibiótica). Rotar antibiótico en caso necesario si hay retorno de cultivo de secreción. Se puede iniciar con Ampicilina EV más Gentamicina EV.	X	X	X
13. Si se decide alta o seguimiento ambulatorio: Cubra la herida con un apósito y solicite a la mujer que regrese para curación y cambio de apósito cada 12 a 24 horas (dependiendo del caso).	X	X	X
14. Informe a la mujer sobre la necesidad de mantener una higiene adecuada y de usar toallas sanitarias o apósitos abdominales limpios y reemplazarlos a menudo.	X	X	X
	NIVEL		
15. SI DETECTA CELULITIS DE LA HERIDA Si la infección es superficial y no involucra los tejidos profundos , monitoree la aparición de un absceso y administre una combinación de antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días, ó Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 7 días; más Metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 7 días; 	X	X	X

<p>16. SI DETECTA FASCITIS NECROTIZANTE</p> <p>Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.</p> <p>Quite la piel infectada y las suturas subcutáneas y debride la herida. No retire las suturas aponeuróticas.</p>	X	X	X
<p>17. Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fascitis necrotizante), administre luego de canalizar vía EV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penicilina G: 2 millones de unidades EV cada 6 horas (ó Ampicilina: 1 g cada 6 horas); más - Gentamicina: 5 mg/kg de peso corporal EV cada 24 horas; más <p>Metronidazol: 500 mg EV cada 8 horas.</p>		X	X
<p>18. Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:</p> <p>Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días (ó Amoxicilina 500 mg vía oral tres veces al día); más</p> <p>Metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.</p>		X	X
<p>19. Si la mujer tiene una infección severa o fascitis necrotizante requiere un debridamiento quirúrgico amplio. Realice una sutura diferida 2-4 semanas más tarde, dependiendo de la resolución de la infección.</p>		X	X
<p>20. Determinar al menos 3 veces al día mínimo por 72 horas o hasta la estabilización de signos vitales: temperatura y control de curva térmica, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, en la Escala de Alerta Precoz.</p>	X	X	X
<p>21. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.</p>	X	X	X
<p>22. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



INFECCIONES TORCH DURANTE LA GESTACIÓN

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
B58	Toxoplasmosis
B01	Varicela
A51	Sífilis precoz
A52	Sífilis tardía
A53	Otras sífilis y las no especificadas
B06	Rubeóla
B25.9	Otras enfermedades por Citomegalovirus
B00	Infecciones herpéticas (herpes simple)
B01	Varicela
B02	Herpes zoster
B08	Otras infecciones víricas caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas, no clasificadas en otra parte
B16	Hepatitis aguda tipo B

DEFINICIONES

TORCH	<p>TORCH es el acrónimo de un grupo de infecciones que pueden producir defectos congénitos graves cuando se adquieren durante la gestación, especialmente antes de las 20 semanas. TORCH incluye: (T) toxoplasmosis, (O) otros agentes, como varicela y sífilis, (R) rubéola, (C) citomegalovirus y (H) herpes simple virus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace referencia a una serie de microorganismos patógenos que pueden causar infección intraútero con ciertos signos clínicos comunes, aunque, por lo general, las infecciones causadas por uno u otro germen pueden distinguirse sobre bases clínicas. • Las infecciones del feto y del neonato pueden surgir en diferentes momentos del embarazo, desde la concepción hasta el parto. • Aquellas que aparecen próximas al momento de la concepción suelen destruir al cigoto. • La infección puede transmitirse de la madre al feto por varios mecanismos: por vía transplacentaria, por contacto a su paso por el canal del parto y mediante la lactancia. • La lesión producida depende en gran medida de la edad gestacional del feto en el momento de la infección, y del hecho de que la madre experimente una infección primaria o haya desencadenado previamente una respuesta inmunitaria eficaz.
TOXOPLASMOSIS	<p><i>Toxoplasma gondii</i> es un parásito protozario. La infección se adquiere principalmente por ingestión de carne o productos cárnicos crudos o poco cocinados que contengan quistes o taquizoítos. El agua, la tierra o los vegetales contaminados son la segunda fuente de infección. El contacto con gatos domésticos se considera un factor de bajo riesgo.</p>
RUBÉOLA	<p>La rubéola es una infección de transmisión respiratoria, producida por el virus de la rubéola, RNA-virus, de la familia <i>Togaviridae</i>. Tiene un periodo de incubación de unos 14 días (12-23 días).</p>
CITOMEGALOVIRUS	<p>CMV es un DNA virus de la familia <i>Herpesviridae</i> que establece un estado de latencia celular después de la primoinfección con capacidad de reactivación. La reinfección por diferentes cepas también es posible.</p>
VARICELA	<p>La varicela es una enfermedad exantemática producida por un DNA-virus de la familia <i>Herpeviridae</i> de elevada contagiosidad. Se transmite por vía respiratoria y principalmente a partir de las partículas virales presentes en las lesiones cutáneas. Varicela-zóster virus (VZV) se puede transmitir por vía transplacentaria y está descrita la fetopatía por varicela. La transmisión perinatal cerca del momento del parto puede producir una infección neonatal muy grave.</p>
HERPES SIMPLE VIRUS	<p>HSV-1 y HSV-2 son DNA-virus de la familia <i>Herpeviridae</i>, con antígenos comunes y provocan en el huésped la producción de anticuerpos heterólogos con cierta capacidad para neutralizar los 2 virus. La transmisión del virus requiere un contacto directo e íntimo de persona a persona.</p>
SÍFILIS	<p>Enfermedad de transmisión sexual. Es una infección producida por la espiroqueta <i>Treponema pallidum</i>, microorganismo móvil, de multiplicación lenta, no cultivable. Se transmite al feto por vía transplacentaria (en cualquier momento de la gestación, pero mayor riesgo desde el cuarto mes hasta el final del embarazo) y/u horizontal (en el parto por contacto con lesión activa).</p>
HEPATITIS B	<p>La hepatitis vírica es la más frecuente de las enfermedades hepáticas que pueden afectar a una embarazada, y, a su vez, la causa más frecuente de ictericia en este momento. La mujer embarazada no presenta un mayor riesgo de padecerla, y sus complicaciones son las mismas que fuera del contexto de la gestación. Sin embargo, incrementa la incidencia de aborto y parto prematuro.</p> <p>La Hepatitis B es producida por el virus de la hepatitis B (VHB). El período de incubación varía de 6 semanas a 6 meses. El VHB es hepatotropo, se encuentra en grandes concentraciones en la sangre y en bajas concentraciones en otros fluidos (semen, vagina, exudado de las heridas). La infección puede ser autolimitada o cronicarse.</p>

DIAGNÓSTICO DE TORCH

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Toda paciente debe realizarse serología para TORCH según el contexto clínico de cada paciente.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Examen obstétrico evaluado según cada control prenatal Interconsulta con Oftalmología
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none"> Serología para TORCH en el Primer Trimestre y luego según algoritmo durante el embarazo. Ecografía para evaluar morfología fetal y líquido amniótico. Tener en cuenta: oligo-polihidramnios, ventriculomegalia, RCIU, malformaciones cardíacas, aumento de la ecogenicidad intestinal, hidrops fetal, placenta edematosa, calcificaciones cerebrales, microcefalia.

TRATAMIENTO TORCH

TOXOPLASMOSIS	NIVEL		
	I	II	III
1. Se realizará cribado serológico sistemático a todas las gestantes. Con los análisis del primer trimestre se solicita la IgG e IgM.	X	X	X
2. Si ambos son negativos: seguimiento con IGM en forma mensual. Consejería: hábitos higiénicos, consumir carnes bien cocidas.	X	X	X
3. Si se realiza seroconversión se debe iniciar tratamiento según esquema (ver más adelante)	X	X	X
4. La detección de una IgM positiva en la primera muestra no permite precisar el momento de la infección, independientemente de los títulos de IgG. El diagnóstico de una IgM puede ser un falso positivo, y se debe añadir la determinación de la avidéz de la IgG. Es recomendable esperar el resultado de la avidéz de la IgG, e iniciar el tratamiento materno sólo si se sospecha infección durante la gestación.	X	X	X
5. La avidéz de la IgG es el parámetro que mejor se correlaciona con el inicio de la infección materna. Requiere una técnica precisa <ul style="list-style-type: none"> Baja avidéz IgG (< 20%): no puede excluir una infección materna reciente (< 12 s de evolución) Avidéz intermedia (20-30%): probable infección > 12 s Avidéz alta (>30%): confirma una infección > 20 s 		X	X
6. Ante la sospecha de infección materna en cualquier trimestre de la gestación, si estuviera disponible en el servicio: se indicará una amniocentesis para la amplificación de DNA de <i>Toxoplasma gondii</i> en líquido amniótico (LA). Con las técnicas de PCR a tiempo real del gen RE. Para obtener la máxima sensibilidad de la técnica, es necesario además que se cumplan siempre 2 condiciones: <ul style="list-style-type: none"> Realizar la amniocentesis al menos 4 semanas después del inicio de la infección materna No realizar la amniocentesis antes de las 18 semanas de gestación. 			X
7. Marcadores ecográficos de afectación fetal: La ecografía puede detectar la mayoría de anomalías severas (excepto las retinianas), pero los marcadores ecográficos pueden aparecer de forma tardía. Los casos con afectación retiniana grave suelen presentar lesiones intracraneales asociadas. Las imágenes ecográficas más características son: <ul style="list-style-type: none"> Ventriculomegalia. En general de mal pronóstico, sobre todo si es severa (>15 mm), hidrocefalia, microcefalia. Focos o nódulos hiperrefringentes intraparenquimatosos (calcificaciones cerebrales). Cuando aparecen de forma aislada tienen un pronóstico incierto. En general no se asocian a secuelas neurológicas, pero incrementan el riesgo de coriorretinitis. 		X	X

8. Siempre que haya sospecha serológica fundamentada de infección materna sin confirmación de infección fetal: Espiramicina 3g/día VO (repartido en 3 dosis: 1 g cada 8 horas, separadas de las comidas), de preferencia en ayunas, hasta realizar la amniocentesis si estuviera disponible. Si la paciente rechaza la amniocentesis o no fuese posible su realización el servicio, se continuará el tratamiento hasta el parto. Si el resultado de la PCR en LA es negativo y se han cumplido por lo menos 4 semanas de tratamiento, se suspenderá el tratamiento antibiótico, excepto en casos de seroconversión documentada durante la gestación.-	X	X	X
9. En caso de alergia o falta de espiramicina, podría emplearse: azitromicina 500 mg/24-48 h VO (teniendo en cuenta la vida media del fármaco la dosificación cada 48 h probablemente tenga la misma eficacia y menor potencial toxicidad) o sulfadiazina 1g/8 h VO + clindamicina 300 mg/6h VO o cotrimoxazol 160/800 mg/8 h VO.		X	X
10. Si existe hallazgo ecográfico compatible o según el Test de Aidez IgG, desde las 18 semanas de gestación el resultado de PCR-toxoplasma en LA es positivo, se sustituye espiramicina por: Pirimetamina: Dosis inicio 50 mg/12 h VO (2 días) luego continua 50 mg/24 h VO (hasta el final del embarazo) + sulfadiazina 3g/24h VO (hasta el final del embarazo) (<i>Sulfadiazina 2 comp/8h</i> en ayunas) + ácido folínico 10 mg/día hasta el parto Realización de hemograma mensual por riesgo de aplasia medular. Una vez finalizado el tratamiento, el ácido folínico se debe continuar una semana más. Si alergia a sulfamidas : Pirimetamina 50mg/24 h VO (+ ác. folínico) + Clindamicina 300 mg/6h Si alergia a pirimetamina : Cotrimoxazol 160/800 mg/8 h VO	X	X	X

RUBÉOLA	NIVEL		
	I	II	III
1. Se trata de una enfermedad vírica exantemática muy contagiosa. La difusión es interhumana, por vía respiratoria. El exantema es el signo clínico principal de la primoinfección.			
2. La vacunación es el principal método de prevención de la rubéola.	X	X	X
3. Conducta ante una gestante afectada de rubéola. <ul style="list-style-type: none"> • Informar a los padres del riesgo fetal (cataratas, ceguera, cardiopatías, sordera, retraso mental, retraso del crecimiento, malformaciones, etc.). • El riesgo de infección fetal y los efectos del virus sobre el feto dependerán del momento de la exposición. • El tratamiento de la rubéola es sintomático y consiste en reposo, hidratación y analgesia para los dolores articulares. 	X	X	X
4. Conducta ante una gestante vacunada por error durante el embarazo. No hay evidencia de una mayor patología fetal.	X	X	X
5. Diagnóstico de la infección congénita (en los servicios en los que estuviera disponible). Se realizará mediante: <ul style="list-style-type: none"> • ARN viral en líquido amniótico. • Presencia de IgM específica en sangre fetal, aunque su negatividad no descarta la infección. • Algunos niños al nacimiento parecen normales, pero más adelante pueden presentar retraso mental y sordera. 			X

CITOMEGALOVIRUS	NIVEL		
	I	II	III
<p>1. Los citomegalovirus (CMV) son virus ADN pertenecientes a la familia herpesvirus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vía de transmisión: transplacentaria, pero un 3-5% de los recién nacidos se infectan a través del canal del parto, secreciones, lactancia, etc. • Factores de riesgo: falta de higiene, clase socioeconómica baja, hijos en edad preescolar, contacto con niños, inmunodepresión y adicción al tabaco y/o drogas. 	X	X	X
<p>2. Manifestaciones clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maternas. Suele cursar de forma asintomática (90%). Cuando se manifiesta clínicamente, puede aparecer: fiebre prolongada, un cuadro pseudogripal o un síndrome mononucleósico autolimitado. • Fetales. Sólo el 10% de los fetos infectados serán sintomáticos al nacimiento. Los fetos sintomáticos al nacimiento que sobreviven—se caracterizan por: microcefalia, calcificaciones intracraneales, retraso mental y coriorretinitis. El 90% restante de fetos serán asintomáticos al nacimiento, pero pueden desarrollar secuelas neurológicas, con hipoacusia uni o bilateral, alteraciones visuales y retraso psicomotor. 	X	X	X
<p>3. Diagnóstico.</p> <p>Detección viral. Seroconversión inmunológica. Es el método más fiable para el diagnóstico de infección primaria.</p> <p>a. La serología es importante para determinar si hay una infección aguda por CMV: IgG e IgM. Puede ser reactivación, infección por otra cepa.-</p> <p>b. Avidéz de la IgG: una baja avidéz indicará una primoinfección reciente, en los 3-6 meses previos a la determinación, y la posibilidad de transmisión fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudio ecográfico: los hallazgos indicativos de infección congénita son la presencia de oligoamnios o polihidramnios, hidrops fetal, retraso del crecimiento intrauterino, hepatoesplenomegalia, calcificaciones intrahepáticas, hiperrefringencia intestinal, ventriculomegalia, hidrocefalia, microcefalia, calcificaciones intracraneales y atrofia cortical; el grosor placentario suele estar aumentado. • Resonancia magnética fetal: útil para detectar la presencia de polimicrogiria, hipoplasia cerebelosa o alteraciones en la sustancia blanca. La edad gestacional óptima para valorar el desarrollo de la sustancia blanca y la corteza cerebral es la de 32-34 semanas. No hay que realizarla antes de las 26 semanas. 		X	X
<p>4. Tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe vacuna para la infección por CMV. • Tratamiento antiviral durante el embarazo: ganciclovir, cidofovir, foscarnet y valaciclovir (No se recomienda tratamiento antiviral para prevenir la infección fetal durante el embarazo). • Puede considerarse el uso de valaciclovir en fetos infectados sin afectación cerebral en las pruebas de imagen. • Realización de medidas higiénicas preventivas: frecuente lavado de manos, sobre todo tras el contacto con niños, manejo adecuado de muestras sanguíneas u otras secreciones que puedan estar contaminadas, uso de guantes para los cambios de pañal, no compartir objetos de higiene y evitar el contacto íntimo. • La infección congénita no contraindica la lactancia materna, incluso en lactantes prematuros. 	X	X	X

HERPES SIMPLE	NIVEL		
	I	II	III
<p>1. Es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, producida por el grupo de los herpesvirus (virus ADN). Se caracterizan por ser virus neurotrópicos. Pueden agruparse en dos grupos serológicos: tipo I (VHS-1) y tipo II (VHS-2).</p> <p>Vía de transmisión vertical: la mayoría son intraparto, pero un 5% pueden ser intraútero. También existe la transmisión posnatal (a través de lesiones en la boca y las manos, de los padres y el personal sanitario).</p>	X	X	X
<p>2. Manifestaciones clínicas.</p> <p>Maternas. VHS-1/2.</p> <p>a. Primoinfección: gingivostomatitis. También primoinfecciones genitales.</p> <p>b. Infección recurrente: herpes labial y aftas bucales.</p> <p>Primoinfección y recurrencia genital: eritema pruriginoso seguido de la aparición de pápulas, vesículas, ulceraciones y costras. Pueden aparecer lesiones semejantes en dermatomas cercanos (zona sacra, glútea, etc.). El período de incubación es de 2 a 12 días, y la duración de las lesiones, entre 14 y 21 días.</p> <p>Fetales. La afectación neonatal es más grave y frecuente en los casos de primoinfección materna que en los de infección recurrente.</p>	X	X	X
<p>3. Métodos diagnósticos.</p> <p>Materna.</p> <ol style="list-style-type: none"> Sospecha clínica ante una manifestación orolabial o genital durante la gestación. Con esta premisa puede iniciarse el tratamiento. Seroconversión de anticuerpos específicos. Puede realizarse en mujeres embarazadas y en parejas serodiscordantes. 	X	X	X
<p>4. Prevención.</p> <ul style="list-style-type: none"> Interrogar de modo exhaustivo a la paciente sobre cualquier antecedente de infecciones de transmisión sexual. Considerar como pacientes de alto riesgo a todas aquellas pacientes con historia de herpes genital durante el embarazo o durante los 6 meses anteriores. Deben incluirse también en dicho grupo a aquellas cuyo compañero sexual tenga dicha infección. Las parejas varones que presenten herpes orolabial deben abstenerse de realizar sexo oral a sus parejas femeninas durante el embarazo. Aconsejar abstinencia sexual durante el embarazo si la pareja presenta herpes genital u oral activo. Vigilancia periódica clínica, sobre todo durante el tercer trimestre. La cesárea no exime de la posible aparición del herpes neonatal. De todas maneras, sigue siendo la vía de elección ante la evidencia de lesiones activas en el momento del parto o hasta 3 meses antes del nacimiento. Cuidados posnatales. No es necesario el aislamiento del neonato de la madre, pero sí de los otros recién nacidos. Imprescindible el cumplimiento de unas medidas higiénicas estrictas, para evitar la transmisión a través de lesiones en la mucosa oral, manos, ojos, etc. 	X	X	X
<p>5. Tratamiento.</p> <p>El objetivo del tratamiento es el alivio de la sintomatología, curación de las heridas en el menor tiempo posible y reducir las recurrencias. No se puede erradicar la infección puesto que no actúan sobre las poblaciones virales que están en período de latencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Primoinfección: (val)aciclovir 1 g/12 h/7 días. Recurrencias: (val)aciclovir 500 mg/12 h/5 días. Tratamiento supresivo: (val)aciclovir 500 mg/24 h (hasta el nacimiento). 	X	X	X

VARICELA-HERPES ZÓSTER	NIVEL		
	I	II	III
<p>1. Producidas por el virus varicela-zóster, perteneciente a la familia de los herpesvirus (ADN). Su incidencia en el embarazo es baja. La varicela constituiría la primoinfección y el herpes zóster, la recurrencia.</p> <p>La varicela es una enfermedad aguda y contagiosa, que se caracteriza por un exantema generalizado que evoluciona desde la mácula hasta la costra, pasando por vesículas y pústulas. No suele extenderse a extremidades.</p> <p>El herpes zóster se observa en el 10-20% de las personas que han padecido varicela, y se caracteriza por una erupción vesiculosa dolorosa que suele afectar uno o más dermatomas segmentarios. No tiene efecto teratogénico.</p> <p>El reservorio del virus es el hombre. Se transmite por las gotitas procedentes del aparato respiratorio.</p> <p>Efecto de la varicela gestacional en el feto. Los efectos perinatales dependen de la existencia de una viremia, la cual no se produce en el herpes zóster.</p>	X	X	X
<p>2. Medidas preventivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a toda paciente con deseo de gestación si ha padecido o no la enfermedad. • En caso de duda, realizar un estudio serológico para la determinación de dicha inmunidad. • En los casos negativos, puede optarse por la administración de la vacuna: 2 dosis subcutáneas separadas unas 6-8 semanas. El intervalo mínimo entre la última administración y el embarazo es de 1 mes. • No se recomienda su administración durante el embarazo y la lactancia (categoría C de la FDA), al ser una vacuna que contiene virus de la varicela-zóster atenuados. • Contraindicaciones de la vacuna: alergia a aminoglucósidos. 	X	X	X
<p>3. Diagnóstico.</p> <p>Materno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuadro clínico compatible con varicela: aun así, durante el embarazo se aconseja el estudio de anticuerpos específicos: • Estudio de anticuerpos específicos anti-VHZ (IgG e IgM) ante una exposición social o doméstica. • Ante una sospecha clínica y serología específica negativa, ésta debe repetirse al cabo de unos 15 días (falsos negativos). • Fetal. • Estudio ecográfico. No es específico, pero puede orientar sobre el grado de repercusión fetal. • Técnica de PCR en líquido amniótico y tejido placentario (si se dispone del estudio en el servicio). La demostración de infección fetal no es sinónimo de manifestaciones al nacimiento. 	X	X	X
<p>4. Tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En una varicela sin complicaciones: tratamiento sintomático y medidas de aislamiento durante el período de contagio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Loción de calamina (alivia el prurito). 2. Bacitracina en pomada (evita la sobreinfección bacteriana de las lesiones vesiculares). • Neumonía varicelosa. Se contempla el tratamiento antiviral con aciclovir: intravenoso, 7,5-10 mg/kg cada 8 h durante 5-7 días, u oral, 800 mg 5 veces al día durante el mismo período de tiempo. • No se recomienda el uso sistemático de inmunoglobulinas hiperinmunes, a no ser en pacientes inmunodeprimidos. Cuando se administran en las primeras 72-96 h de la exposición, parecen atenuar el cuadro materno, pero no confieren protección al feto. 	X	X	X

SÍFILIS ³	NIVEL		
	I	II	III
<p>1. La sífilis es una enfermedad sistémica causada por <i>Treponema pallidum</i>. La enfermedad se ha dividido en etapas basadas en los hallazgos clínicos.</p> <p>La sífilis primaria se presenta con úlcera o chancro en el sitio de la inoculación; la sífilis secundaria cuyas manifestaciones incluyen, pero no están limitados a erupción cutánea, lesiones mucocutáneas y linfadenopatía, o la sífilis terciaria con lesiones gomatosas, cardíacas, tabes dorsal, y parálisis general.</p> <p>Las infecciones latentes son aquellas que carecen de manifestaciones clínicas, se detectan mediante pruebas serológicas o sea los pacientes son serorreactivos. La sífilis latente temprana es la adquirida en el año anterior, todos los demás casos de sífilis (de más de un año) se denominan sífilis latente tardía o sífilis de duración desconocida.</p> <p><i>T. pallidum</i> puede infectar el sistema nervioso central produciendo la neurosífilis, que pueden ocurrir en cualquier etapa de la sífilis.</p>	X	X	X
<p>2. Sífilis primaria.</p> <p>El estadio primario se presenta como una o más úlceras induradas e indoloras (chancro) en la piel o en las mucosas, con mayor frecuencia en los genitales. Estas lesiones aparecen en promedio 3 semanas después de la exposición (10 a 90 días) y curan espontáneamente en pocas semanas. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden pasar desapercibidas.</p>	X	X	X
<p>3. Sífilis secundaria.</p> <p>Comienza 1 a 2 meses más tarde, se caracteriza por una erupción cutánea maculopapular polimorfa y generalizada, y típicamente incluye a las palmas de las manos y plantas de los pies. Lesiones mucocutáneas alrededor de la vulva o ano que pueden ser papulares, hipertróficas (condilomas planos).</p> <p>Pueden presentarse linfadenopatía generalizada, fiebre, malestar general, esplenomegalia, dolor de cabeza y artralgia.</p> <p>Observación: en este estadio la contagiosidad es muy elevada puesto que todas las lesiones están llenas de treponemas.</p> <p>Este estadio también se resuelve espontáneamente, sin tratamiento, en un plazo aproximado de 3 a 12 semanas. Dejando a la persona infectada totalmente asintomática.</p> <p>En la sífilis primaria y secundaria la evaluación clínica y serológica se debe realizar al mes, a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento (la titulación de la prueba no treponémica, suele disminuir al cuádruple), más frecuentes si el seguimiento es incierto o si la reinfección o recidiva es una preocupación.</p>	X	X	X
<p>4. Sífilis latente</p> <p>Es el periodo posterior a la infección durante el cual los pacientes son serorreactivos, pero no presentan ninguna manifestación clínica de la enfermedad primaria, secundaria y terciaria.</p> <p>Todas las personas con sífilis latente deben tener un examen cuidadoso de las superficies mucosas accesibles (la cavidad oral, área perianal, el perineo y la vagina en las mujeres, y debajo del prepucio en hombres no circuncidados) para evaluar la presencia de lesiones de la mucosa.</p> <p>Debido a que la sífilis latente no se transmite sexualmente, el objetivo de tratar a las personas en esta etapa de la enfermedad es prevenir las complicaciones y la transmisión de una mujer embarazada al feto.</p> <p>Los recién nacidos y niños de ≥ 1 mes de edad diagnosticados con sífilis latente deben ser manejados por un especialista en enfermedades infecciosas pediátricas y realizarse un examen de LCR. Los niños con sífilis latente adquirida deben ser evaluados para descartar abuso sexual.</p> <p>Todas las personas que tienen sífilis latente deben realizarse la prueba para VIH. Las personas que reciben un diagnóstico de sífilis latente y que tienen signos y síntomas neurológicos (disfunción cognitiva, déficit motor o sensorial, síntomas oftálmicos o auditivos, parálisis de los nervios craneales y síntomas o signos de la meningitis o un derrame cerebral) deben ser evaluados para descartar neurosífilis.</p> <p>Para el seguimiento la evaluación clínica y las pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas deben repetirse a los 6, 12 y 24 meses.</p> <p>Las pruebas treponémicas (TPHA, FTA-ABS, Test rápidos) no son útiles para seguimientos, solo se pueden utilizar para el diagnóstico.</p>	X	X	X

³ MSPyBS, 2018. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. PRONASIDA.

<p>5. Sífilis latente precoz Es la sífilis adquirida dentro del año anterior. Las personas pueden recibir un diagnóstico de sífilis latente temprana si, durante el año anterior al diagnóstico, tenían:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. los síntomas inequívocos de sífilis primaria o secundaria o 2. una pareja sexual con sífilis latente primaria, secundaria. 	X	X	X
<p>6. Sífilis latente tardía o de duración desconocida. La sífilis adquirida de más de un año de duración. Las personas que hayan tenido sífilis y presenten cualquiera de los siguientes criterios deben realizarse análisis de LCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos o síntomas neurológicos u oftálmicos • Evidencia de sífilis terciaria activa • Fracaso del tratamiento o falla en declinar al menos cuatro veces los títulos en un plazo de 12 - 24 meses de terapia • En toda sífilis latente tardía o de duración desconocida. 	X	X	X
<p>7. Infección por VIH con sífilis latente tardía o sífilis de duración desconocida Algunos expertos recomiendan realizar un análisis de LCR a todas las personas con sífilis latente y VDRL de 1:32 o más o si el paciente tiene VIH y recuento de CD4 de 350 o menos. En tales circunstancias, los pacientes con anomalías del LCR deben ser tratados para neurosífilis. Si el examen del LCR es negativo, se debe administrar nuevo tratamiento para la sífilis latente.</p>	X	X	X
<p>8. Sífilis terciaria La infección ocurre de 15 a 30 años después de la infección inicial y puede incluir formación de gomas, afectación cardiovascular o neurosífilis. La neurosífilis se define como la infección por T. pallidum del SNC. Manifestaciones neurológicas tardías como tabes dorsal y parálisis general se producen 10-30 años después de la infección. Todas las personas que tienen sífilis terciaria deben realizarse la prueba para VIH y deben realizarse un examen de LCR antes de iniciar la terapia. Las personas con anomalías de LCR (pleocitosis mononuclear, hiperproteínoorraquia, hipoglucoorraquia o cualquiera de ellas) deben ser tratados con un régimen de neurosífilis. Algunos expertos tratan a todas las personas que tienen sífilis cardiovascular con un régimen de neurosífilis.</p>		X	X
<p>9. Sífilis congénita La prevención y detección de la sífilis congénita (SC) efectiva depende de la identificación de la sífilis en mujeres embarazadas y, por lo tanto, en el tamizaje serológico de las mujeres embarazadas en el primer trimestre del embarazo o durante la primera visita prenatal. Repetir a las 28 a 32 semanas de gestación y en el momento del parto. En caso de resultado reactivo el control de VDRL debe ser mensual hasta el momento del parto. Además, como parte del tratamiento de las mujeres embarazadas que tienen sífilis, la información sobre conductas de riesgo y el tratamiento de las parejas sexuales deben realizarse. Ninguna madre o el bebé recién nacido debe salir del hospital sin saberse el estado serológico materno. El diagnóstico de la sífilis congénita puede ser difícil, ya que los anticuerpos IgG maternos se pueden transferir a través de la placenta al feto, lo que complica la interpretación de las pruebas serológicas reactivas para detectar la sífilis en los recién nacidos. Por lo tanto, las decisiones de tratamiento con frecuencia deben hacerse sobre la base de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la identificación de la sífilis en la madre 2. la idoneidad del tratamiento materno 3. la presencia de datos clínicos (hidropesía no inmune, ictericia, hepatoesplenomegalia, rinitis, erupción en la piel, y seudoparálisis de una extremidad), de laboratorio, o evidencia radiográfica de la sífilis en el recién nacido 4. la comparación de títulos serológicos treponémicos la madre (en el parto) y neonatales debe ser utilizando la misma prueba, llevada a cabo preferentemente por el mismo laboratorio. <p>Cualquier recién nacido en riesgo de sífilis congénita debe recibir una evaluación completa y pruebas de infección por VIH. Todos los recién nacidos de madres que tienen resultados reactivos de las pruebas no treponémicas y treponémicas, deben ser evaluados con una prueba cuantitativa treponémica serológica (VDRL) realizado en el suero del recién nacido. La realización de una prueba treponémica (TP-PA, FTA-ABS, EIA, o CIA) en el suero neonatal no se recomienda porque es difícil de interpretar.</p>	X	X	X

<p>10. Seguimiento</p> <p>Todos los recién nacidos con pruebas treponémicas reactivas deben realizarse exámenes de seguimiento cuidadoso y pruebas serológicas (una prueba no treponémica) los 2, 4, 6 y 12 meses hasta que la prueba se vuelva no reactiva.</p> <p>Los recién nacidos con una prueba treponémica negativa al nacer y cuyas madres eran seroreactivas el momento del parto se debe repetir la prueba a los 2, 4, 6 y 12 meses para descartar la sífilis congénita en incubación serológicamente negativas en el momento del nacimiento. Las pruebas treponémicas no deben ser usados para evaluar la respuesta al tratamiento, porque los resultados son la transferencia cualitativa y pasiva de anticuerpos maternos treponémicos IgG podría persistir durante al menos 15 meses.</p> <p>Los recién nacidos cuyas evaluaciones iniciales en el LCR son anormales deben someterse a una repetición de la punción lumbar, aproximadamente cada 6 meses hasta que los resultados son normales.</p>	X	X	X
<p>11. Neurosífilis</p> <p>Si hay pleocitosis en LCR inicialmente, el examen de LCR debe repetirse cada 6 meses hasta que el recuento de células sea normal. También se puede utilizar para el seguimiento de LCR los cambios en el VDRL o proteínas en el LCR después de la terapia. Sin embargo, los cambios en estos dos parámetros se producen más lentamente que los recuentos de células, y las anomalías persistentes podrían ser menos importantes. El recuento de leucocitos es una medida sensible de la eficacia de la terapia. Si el recuento de células no ha disminuido después de 6 meses, o si el recuento de células en LCR o proteína no es normal después de 2 años, debe ser considerado el nuevo tratamiento.</p> <p>Los datos limitados sugieren que en personas inmunocompetentes y las personas con infección por VIH que reciben terapia antirretroviral altamente activa, la normalización del título de VDRL en suero predice normalización de los parámetros del LCR después del tratamiento neurosífilis.</p>		X	X
<p>12. Diagnóstico.</p> <p>El diagnóstico de la sífilis generalmente se basa en la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio no treponémicas y treponémicas y, radiología en casos de sífilis congénita. En nuestro medio disponemos de: Un diagnóstico presuntivo de sífilis requiere el uso de dos pruebas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas no treponémica: VDRL (prueba del Laboratorio de investigación de enfermedades venéreas) o la RPR (prueba de reagina plasmática rápida) y • Pruebas treponémicas: FTA-ABS (pruebas de anticuerpos treponémicos fluorescentes absorbidos del <i>T. pallidum</i>), TP-PA (hemoaglutinación de <i>T. pallidum</i>). En la última década, se han desarrollado una serie de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) para los anticuerpos del treponema en la infección por sífilis. PDR proporcionan resultados de anticuerpos treponémicos en 10-15 minutos y se puede realizar en cualquier entorno, ya que no requieren equipos de almacenamiento o de laboratorio refrigerado. La sensibilidad de la PDR varía de 85% a 98% y la especificidad del 93% al 98%. <p>Los resultados falsos positivos de las pruebas no treponémicas pueden estar asociados con otras infecciones por ejemplo VIH, enfermedades autoinmunes, inmunizaciones, el embarazo, el uso de drogas inyectables, y la edad avanzada.</p> <p>Pruebas serológicas secuenciales en pacientes individuales deben llevarse a cabo utilizando el mismo método de prueba (VDRL o RPR), de preferencia por el mismo laboratorio.</p> <p>Los títulos de las pruebas no treponémicas por lo general disminuyen después del tratamiento y podría llegar a ser no reactivo con el tiempo, sin embargo, en algunas personas, los anticuerpos no treponémicas pueden persistir durante un largo período de tiempo, incluso después de una terapia exitosa. La mayoría de las personas que tienen pruebas treponémicas reactivas, tendrán pruebas reactivas para el resto de sus vidas, independientemente del tratamiento o actividad de la enfermedad. Sin embargo, el 15% -25% de los pacientes tratados durante la etapa primaria volver a ser serológicamente no reactivo después de 2-3 años.</p> <p>Los títulos de anticuerpos treponémicos, no predicen la respuesta al tratamiento y por lo tanto no deben ser utilizados para este propósito.</p>	X	X	X
<p>13. Prueba en el líquido cefalorraquídeo (LCR)</p> <p>Para la evaluación de la posible neurosífilis, debe realizarse la prueba de VDRL en LCR. Los resultados de VDRL deben interpretarse con cuidado, porque un resultado no excluye el diagnóstico de neurosífilis.</p> <p>El diagnóstico de neurosífilis depende de una combinación de alteración líquido del LCR (recuento de leucocitos o proteína aumentados y prueba de VDRL en LCR reactivo) en presencia de los resultados serológicos reactivos y signos/síntomas neurológicos.</p>		X	X

<p>14. Pruebas durante el embarazo. Todas las mujeres se deben realizar una prueba serológica no treponémica de sífilis (VDRL o RPR) en la primera consulta o en el primer trimestre, después entre las 28 y 32 semanas y otra en el momento del parto. En mujeres tratadas durante el embarazo, es necesario realizar pruebas serológicas de seguimiento para evaluar la eficacia de la terapia. Toda mujer que dé nacimiento a un feto muerto después de las 20 semanas de gestación deberá someterse a pruebas de sífilis.</p>	X	X	X
<p>15. Tratamiento La penicilina G parenteral es el medicamento preferido para el tratamiento en todas las etapas de la sífilis. La preparación utilizada (benzatina, la procaínica o cristalina), la dosis y duración del tratamiento dependerán del estadio y las manifestaciones clínicas de la enfermedad. La penicilina G parenteral es la única terapia eficaz para pacientes con neurosífilis, sífilis congénita, sífilis durante el embarazo y pacientes con VIH. El tratamiento para la sífilis latente tardía y la sífilis terciaria requiere una mayor duración de la terapia, porque los organismos teóricamente podrían dividirse más lentamente. Se requiere una mayor duración del tratamiento para las personas con sífilis latente de duración desconocida para asegurar que sean tratados adecuadamente.</p>	X	X	X
<p>16. Régimen recomendado Sífilis primaria, secundaria y latente precoz Adultos y adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G benzatínica 2.4 millones UI, IM dosis única <p>Embarazadas: Penicilina G benzatínica 2.4 millones UI, IM Dosis única</p> <p>En casos de alergia a la Penicilina: desensibilización, cuando no es posible o no hay disponibilidad de penicilina, se puede utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina 500mg VO 4 veces/día, 14 días • Ceftriaxona 1g IM 1 vez/día, 10-14 días • Azitromicina 2g VO 1 vez/día dosis única <p>A pesar de que la Eritromicina y la Azitromicina pueden ser utilizadas, no atraviesan la placenta completamente y como resultado el feto no es tratado. Por lo que es necesario tratar al recién nacido poco después del parto. La Doxiciclina no debe utilizarse en embarazadas, puede producir complicaciones graves en el feto y recién nacidos.</p> <p>Sífilis latente tardía o sífilis de duración desconocida Adultos y adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G benzatínica 2.4 millones IM 1 vez/semana por 3 semanas consecutivas <p>Embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G benzatínica 2.4 millones IM 1 vez/semana por 3 semanas consecutivas <p>En casos de alergia a la Penicilina: desensibilización, cuando no es posible o no hay disponibilidad de penicilina, se puede utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina 500mg VO 4 veces/día, por 30 días <p>A pesar de que la Eritromicina puede ser utilizada, no atraviesa la placenta completamente y como resultado el feto no es tratado. Por lo que es necesario tratar al recién nacido poco después del parto.</p>	X	X	X
<p>17. Sífilis terciaria Adultos y adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G benzatínica 2.4 millones IM 1 vez/semana por 3 semanas consecutivas <p>En caso de localización en el sistema nervioso, o aparato cardiovascular el tratamiento es Penicilina cristalina 18 a 24 millones por 14 días.</p>	X	X	X

<p>18. Sífilis Congénita</p> <p>1. Recién nacidos con Sífilis congénita confirmada o que presentan clínica de Sífilis, pero cuyas madres tenían Sífilis no tratada, o Sífilis tratada inadecuadamente (incluyendo el tratamiento dentro de los 30 días previos al parto) o Sífilis que se trató con regímenes sin penicilina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina cristalina 100000 – 150000 U/Kg/día EV, durante 10 a 15 días O • Penicilina procaínica 50000 U/Kg/día IM dosis única, durante 10 a 15 días <p>2. Recién nacidos clínicamente normales y cuya madre tiene Sífilis que fue tratada adecuadamente, sin signos de reinfección. Se sugiere un estrecho seguimiento de los recién nacidos. El riesgo de transmisión de la Sífilis al feto depende de una serie de factores, incluyendo los títulos maternos de pruebas no treponémicas (VDRL), tiempo de tratamiento de la madre y la etapa de infección de la madre, por lo que la recomendación es condicional. Si se proporciona tratamiento una opción es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G benzatínica 50000 U/Kg/día IM una sola dosis 	X	X	X
<p>19. Neurosífilis Adultos y adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G cristalina 18 – 24 millones UI, por día administradas en 3 – 4 millones de UI EV, cada 4 horas durante 10 a 14 días. 			

HEPATITIS B ²	NIVEL		
	I	II	III
<p>1. Causada por la infección con el virus de la hepatitis B (VHB). El período de incubación desde el momento de la exposición hasta la aparición de los síntomas es de 6 semanas a 6 meses. Las concentraciones más altas de VHB se encuentran en la sangre, con concentraciones más bajas en otros fluidos corporales, incluyendo exudados de la herida, el semen, las secreciones vaginales y la saliva. VHB es más contagioso y más estable en el medio ambiente que otros patógenos transmitidos por la sangre (Virus de la hepatitis C y el VIH).</p>	X	X	X
<p>2. Cuadro clínico</p> <p>La infección por el VHB puede ser autolimitada o crónica. En los adultos, aproximadamente la mitad de las infecciones por VHB recién adquiridas son sintomáticas, y aproximadamente el 1% de los casos da lugar a una insuficiencia hepática aguda y la muerte. La infección crónica está inversamente relacionada con la edad de la adquisición; aproximadamente el 90% de los niños recién nacidos y menores de 1 año infectados y el 30% de los niños infectados menores de 5 años se convierten en infectados crónicos en comparación con el 2% y el 6% de las personas que se infectan como adultos. En la infección crónica, el riesgo de muerte prematura por cirrosis o carcinoma hepatocelular es del 15% - 25%.</p> <p>VHB se transmite de manera eficiente por exposición de la membrana mucosa o percutánea a sangre o fluidos corporales infectados con VHB. Los principales factores de riesgo asociados con la infección entre los adolescentes y los adultos son relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas, HSH, y el uso de drogas inyectables (UDI).</p>	X	X	X
<p>3. Diagnóstico.</p> <p>La hepatitis B (HB) se diagnostica y clasifica evaluando una compleja combinación de antígenos y anticuerpos contra el VHB.</p> <p>Pruebas Carga Viral plasmática (CVP) miden la cantidad de ADN (Acido dexosirribonucleico: material genético) del VHB que circula por la sangre. Una carga viral (CV) detectable indica que el VHB se está replicando activamente. Cuando las enzimas hepáticas tienen un nivel anormal, la mayor CV del ADN del VHB parece estar asociada a un mayor grado de daño hepático. Estas pruebas también resultan útiles para indicar si el tratamiento está siendo eficaz.</p>	X	X	X

4 MSPyBS, 2018. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. PRONASIDA.

<p>4. Antígenos del VHB y Anticuerpos contra el VHB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg): está presente tanto en la infección aguda y crónica. • Anticuerpo contra el HBsAg (Anti-HBs): infecciones resueltas. Determinación de la inmunidad contra el VHB luego de la vacunación. • Antígeno e de hepatitis B (HBeAg): personas infectadas con mayor riesgo de transmitir VHB. • Anticuerpo contra el HBeAg (Anti-HBeAg): personas infectadas con menor riesgo de transmitir VHB. • Anticuerpo contra el antígeno nuclear de VHB (Anti-HBc) total: Infección aguda, resuelta, crónica o resultado falso positivo (no presente después de la vacunación) • Anticuerpo IgM contra HBcAg (IgM anti-HBc): personas con infecciones agudas o recientemente adquirida (incluidas personas HBsAg negativas durante la fase de ventana de la infección) <p>El HBsAg es una proteína en la superficie del VHB que pueden detectarse en el suero (sangre) durante el periodo de infección aguda y crónica. La presencia del HBsAg indica que la persona es infectante. El cuerpo produce anticuerpos contra el HBsAg (Anti-HBs) de forma normal, como parte de la respuesta inmunitaria para combatir la infección. El HBsAg es el antígeno usado para elaborar la vacuna contra VHB.</p> <p>El Anti-HBs cuando está presente suele interpretarse como recuperación e inmunidad frente a la infección por VHB.</p> <p>El HBeAg puede formar parte del núcleo vírico, se encuentran en el suero durante la infección aguda y crónica. Su presencia puede indicar que el virus se está replicando con rapidez y que la concentración del VHB es muy alta, por tanto, son altamente infectantes y corren un mayor riesgo de sufrir daños hepáticos. Sin embargo, también es posible estar infectados y tener una carga viral (CV) elevada sin la presencia de éste Ag. Eso puede suceder en adultos que tienen HB desde hace muchos años. Esta situación se denomina HB negativa al HBeAg.</p> <p>Anti-HBeAg los produce el sistema inmunitario durante la infección aguda por el VHB o durante la replicación activa viral. La conversión espontánea de HBeAg a Anti-HBeAg (conocida como seroconversión) puede indicar un descenso de la CV en personas que siguen un tratamiento antiviral. La presencia de HBsAg o de ADN del VHB en la sangre indica que la persona afectada tiene HB en ese momento. La presencia de anticuerpos Anti-HBs en ausencia de HBsAg muestra que la enfermedad ya no está activa. Las personas que han estado expuesta al VHB y han logrado superar la infección muestra un resultado positivo a los anticuerpos Anti-HBs y Anti-HBc. En cambio, las personas que están vacunados contra el VHB tienen anticuerpos Anti-HBs pero no Anti-HBc.</p> <p>Durante mucho tiempo la ausencia de HBeAg se ha considerado indicativo de que el tratamiento resultaba eficaz. Sin embargo, en Hepatitis B crónica es posible que resulte negativo al HBeAg pero siga teniendo la infección activa y una CV alta. Estos casos se conocen como HB negativa al HBeAg, y se producen cuando el virus muta y es capaz de replicarse sin necesidad de HBeAg.</p> <p>La presencia de HBsAg y anti-HBc total, con un resultado negativo para IgM anti-HBc, indica infección crónica por VHB.</p> <p>La infección aguda por el virus de la hepatitis B se caracteriza por la presencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HBsAg • Inmunoglobulina M (IgM) (IgM anti-HBc) contra el antígeno del núcleo (HBcAg). <p>La infección crónica se caracteriza por la persistencia (más de seis meses) del HBsAg (con o sin concurrencia de HBeAg). La persistencia del HBsAg es el principal marcador del riesgo de sufrir una hepatopatía crónica y carcinoma hepatocelular posteriormente.</p> <p>Otros estudios que reflejan el daño celular son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de las transaminasas (GPT y GOT) por arriba de 500 UL • Aumento de la bilirrubina entre 5 a 20mg% • Aumento de la fosfatasa alcalina 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
--	----------	----------	----------

5. Tratamiento.

Para las personas con hepatitis B aguda no existe tratamiento específico disponible; el tratamiento es de soporte.

Para proteger el hígado de un daño mayor, se debe aconsejar a:

- Evitar o limitar el consumo de alcohol debido a los efectos del alcohol en el hígado
- Abstenerse de tomar cualquier medicamento nuevo, incluidos los de venta libre y hierbas medicinales, sin antes consultar con su médico
- Obtener la vacunación contra la hepatitis A.
- Mantener reposo, hasta la disminución de los valores de aminotransferasas, en general como 4 semanas.

Las personas con infección crónica por VHB deben ser referidos para la evaluación por un especialista en el tratamiento de la infección crónica por VHB.

Los agentes terapéuticos aprobados por la FDA para el tratamiento de la hepatitis B crónica pueden lograr la supresión sostenida de la replicación del VHB y la remisión de la enfermedad hepática. El objetivo del tratamiento para infecciones crónicas por el VHB es prevenir la progresión a cirrosis, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular. La infección por el VHB no puede ser erradicada por la persistencia del ADN circular covalentemente cerrado (ADNccc) en el núcleo de los hepatocitos.

En la práctica las personas con hepatitis crónica por el VHB se dividen en dos tipos:

HBeAg positivos y HBeAg negativos. Esta clasificación tiene importantes connotaciones desde el punto de vista pronóstico y terapéutico.

- HBeAg negativo (situación en la que no hay replicación viral o ésta es mínima): Son personas que suelen tener niveles bajos y fluctuantes de viremia, y con un nivel poco elevado de las transaminasas. A veces, cuando estas personas HBeAg negativo pasan por una fase de baja replicación viral son casi indistinguibles de los portadores inactivos.
- HBeAg positivo: habitualmente suelen tener niveles circulantes de ADN-VHB relativamente elevados y estables.

Como terapia de primera línea se utilizan el Tenofovir, Entecavir y el Interferon pegilado alfa 2a debido a la menor posibilidad de desarrollar mutaciones de resistencia antivirales con el tratamiento a largo plazo.

La indicación de tratamiento debe basarse en:

- Valores de ALT (GPT)
- Niveles de ADN-VHB, mayores a 2000 U/ml
- Lesión hepática valorada por biopsia hepática con actividad necro inflamatoria y/o fibrosis moderada

X

X

X

6. Régimen recomendado

	HBeAg positivo	HBeAg negativo
Tenofovir	300 mg VO 1 vez/día, con las comidas por 6 a 12 meses después de la seroconversión del HBeAg o HBsAg	300 mg VO 1 vez/día, indefinidamente o hasta la pérdida del HBsAg
Entecavir	0.5 mg/día VO 1 vez/día, hasta 1 año luego de conseguir la seroconversión, indefinidamente o hasta la pérdida del HBsAg	0.5 mg/día VO 1 vez/día, indefinidamente o hasta la pérdida del HBsAg
Interferon alfa 2ª	180 ug/semana SC por 48 semanas	180 ug/semana SC

El interferon pegilado es una buena opción terapéutica en personas con HBeAg positivo, jóvenes, con valores elevados de GPT, carga viral moderadamente elevados.

X

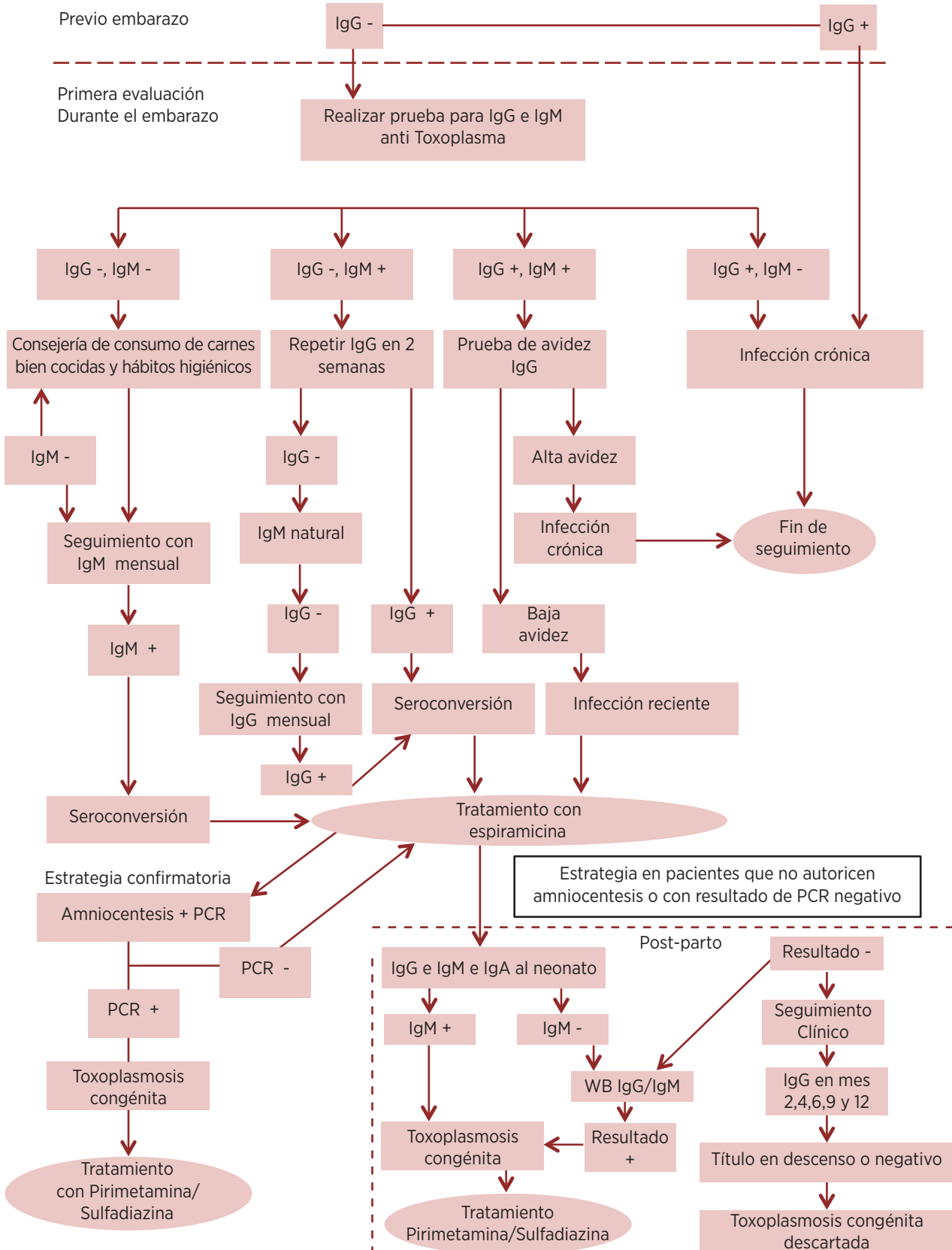
X

X

<p>7. Prevención. La vacunación previa a la exposición</p> <p>Se recomienda la vacunación contra la hepatitis B para todos los niños y adolescentes no vacunados, todos los adultos no vacunados en riesgo de infección por el VHB (especialmente UDI, HSH, y adultos con múltiples parejas sexuales), y todos los adultos que buscan protección contra la infección por VHB. Para los adultos, el reconocimiento de un factor de riesgo específico no es un requisito para la vacunación.</p> <p>Son considerados títulos de Ac protectores contra el VHB valores anti-HBs ≥ 10 mUI/ ml.</p> <p>La vacuna contra la hepatitis B deberá aplicarse sistemáticamente a todas las personas no vacunadas que asisten a clínicas de ITS sin antecedentes de vacunación y con factores de riesgo como las personas en los establecimientos penitenciarios, centros que prestan servicios prevención y abuso de drogas, y comunidades sirviendo HSH.</p> <p>Para prevenir o reducir el riesgo de transmisión del VHB a otras personas, además de la vacunación, a las personas con HBsAg también se debe aconsejar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de preservativos para proteger a las parejas sexuales no inmunes de contraer la infección por el VHB hasta que la pareja sea vacunado o la inmunidad documentada • Cubrir los cortes y lesiones de la piel para evitar la propagación de las secreciones infecciosas o sangre • Abstenerse de donar sangre, plasma, órganos y otros tejidos o semen • Abstenerse de compartir elementos de uso personal (cepillos de dientes, maquinillas de afeitarse, inyección de uso personal) que podrían contaminarse con sangre y se abstengan de pre masticar de los alimentos. 	X	X	X
<p>8. Profilaxis La profilaxis post-exposición</p> <p>Tanto la profilaxis post-exposición pasiva y activa, es decir, la administración simultánea de inmunoglobulina contra VHB (HBIG) (0,06 ml / kg) y la vacuna contra la hepatitis B en sitios separados tan pronto como sea posible (preferiblemente ≤ 24 horas; y la profilaxis post-exposición activa (la administración de vacunación contra la hepatitis B sola) se han demostrado ser muy eficaz en la prevención de la transmisión después de exposición a VHB. HBIG sola también ha demostrado ser eficaz en la prevención de la transmisión del VHB. El intervalo de tiempo máximo entre la exposición es hasta 7 días después de exposición percutánea o 14 días de exposición sexual. La serie de vacunas contra la hepatitis B debe ser completada.</p> <p>Las personas expuestas que se sabe que han respondido a las vacunas se consideran protegidos; Por lo tanto, no necesitan dosis adicionales de vacuna o HBIG.</p> <p>Las personas que han escrito la documentación de una serie completa de vacunas contra la hepatitis B que no se realizaron la prueba después de la vacunación deben recibir una dosis única de la vacuna de refuerzo.</p>	X	X	X
<p>9. Embarazo.</p> <p>Independientemente de si han sido previamente vacunadas, todas, las mujeres embarazadas, se deben realizar la prueba para HBsAg en la primera visita prenatal y durante el parto si está en alto riesgo de infección por el VHB (Poblaciones especiales Mujeres embarazadas). Las mujeres embarazadas con riesgo de infección por el VHB deben recibir vacunación contra la hepatitis B. Todas, las mujeres embarazadas, con HBsAg debe ser comunicado a los programas de prevención de la hepatitis B perinatal y ser referida a un especialista.</p>	X	X	X
<p>10. Infección en personas con VIH</p> <p>La infección por VIH puede afectar a la respuesta a la vacunación contra la hepatitis B. Las personas con infección por VIH deben hacerse la prueba de anti-HBs 1-2 meses después de la tercera dosis de la vacuna. Regímenes de dosificación modificados, incluyendo una duplicación de la dosis estándar y la administración de dosis adicionales, podrían aumentar la tasa de respuesta.</p>			

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

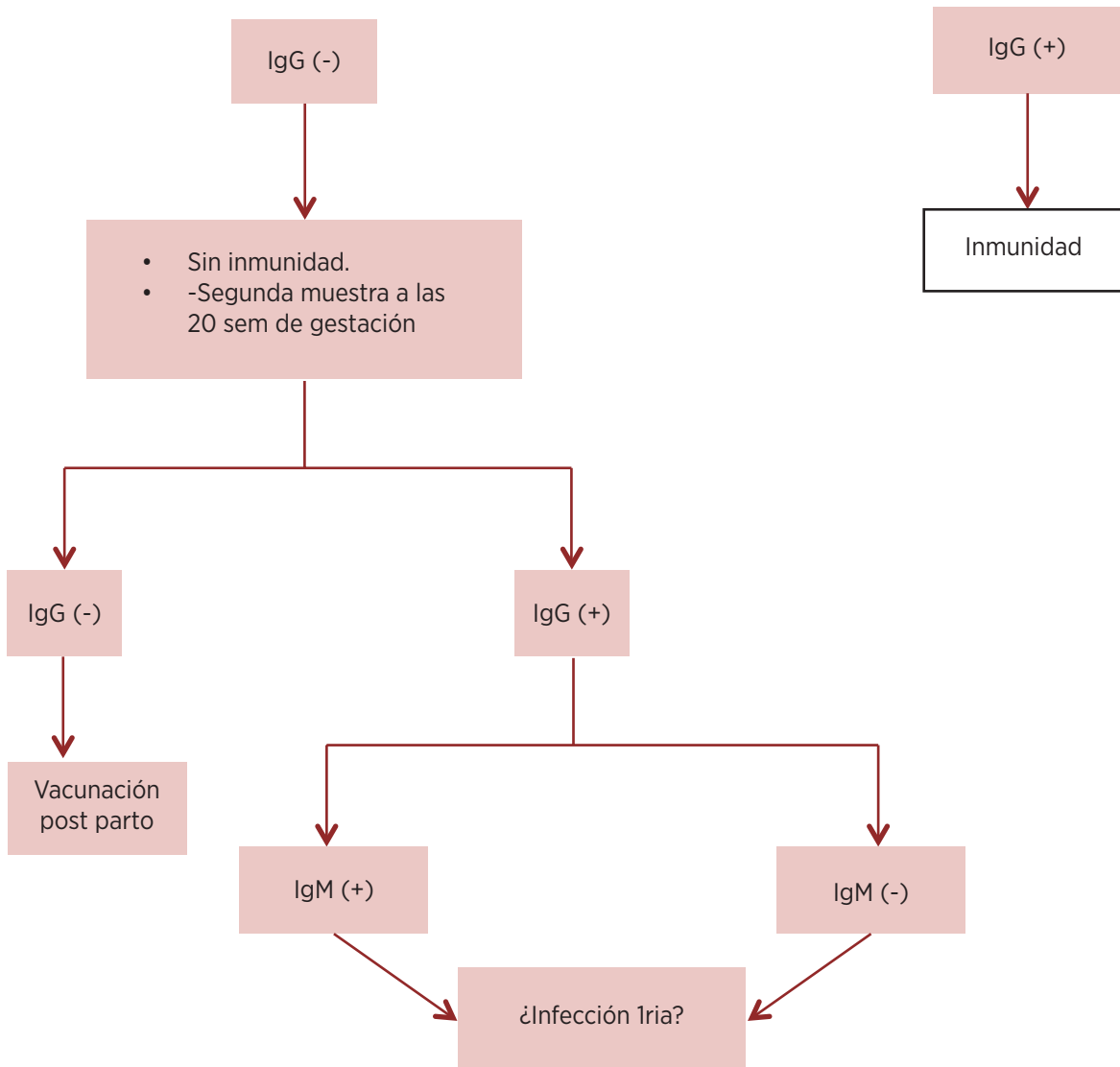
Toxoplasmosis durante el Embarazo



FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Rubéola

(Cribado sistemático del IgG)



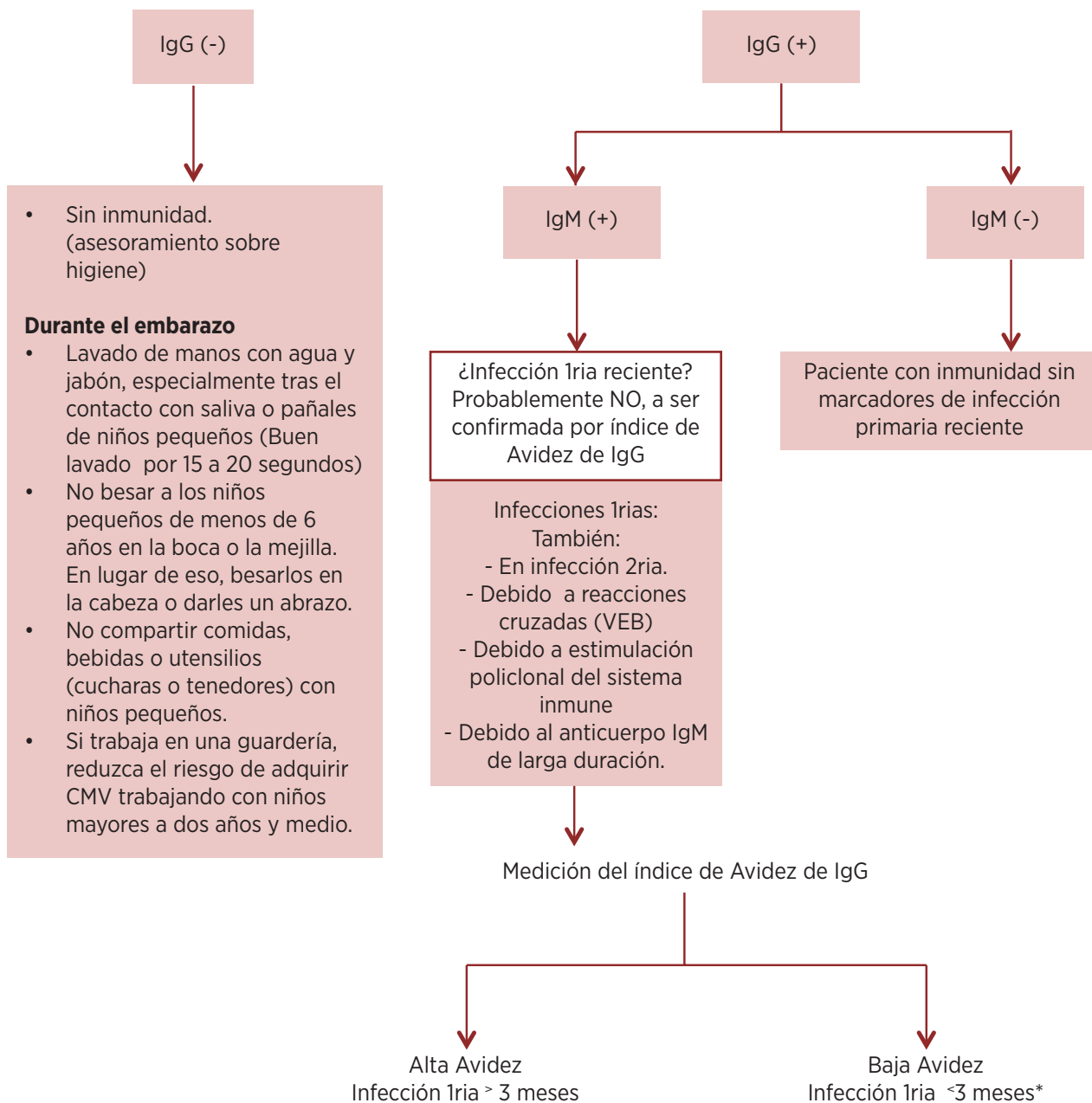
A ser confirmada por test de Avidéz de IgG
Y test de inmunoblot en la primera muestra

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

CMV

Dx de Infección 1ria materna

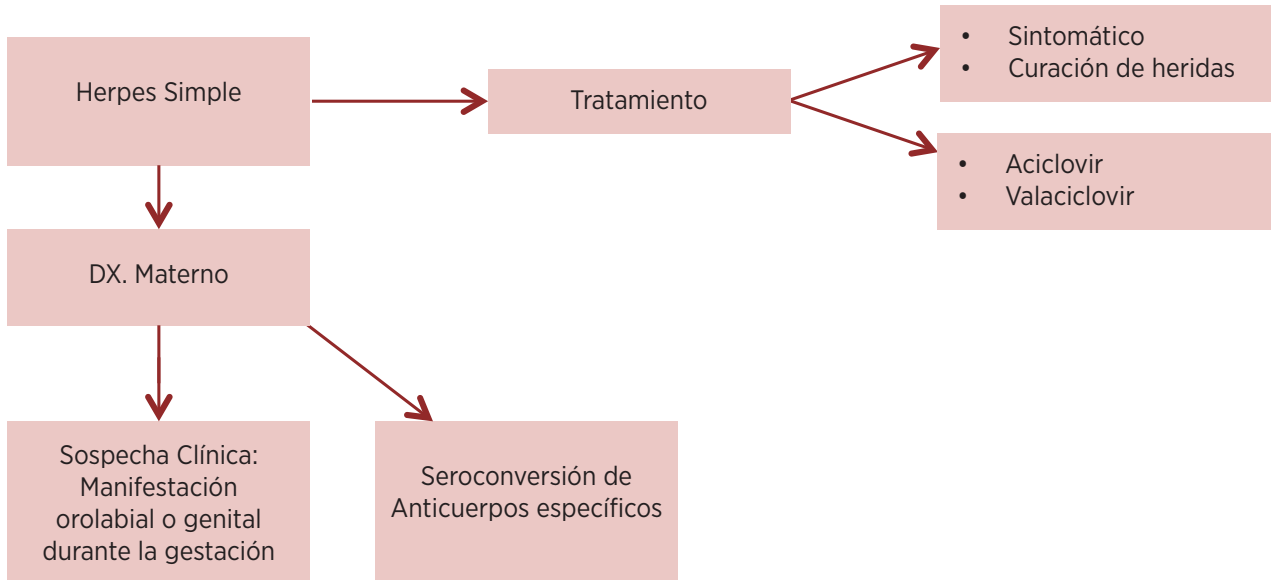
Infección materna 2ria
La serología
no ayuda en el diagnóstico



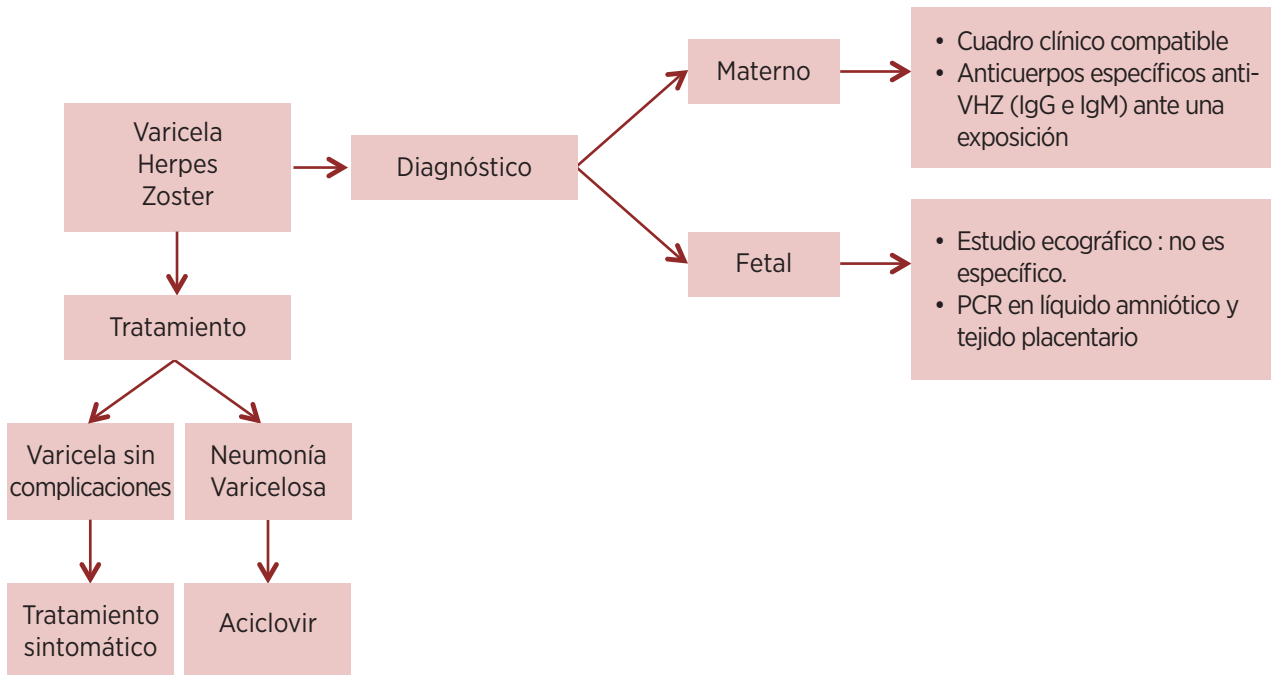
*Depende de edad Gestacional y ensayo usado

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

HERPES SIMPLE

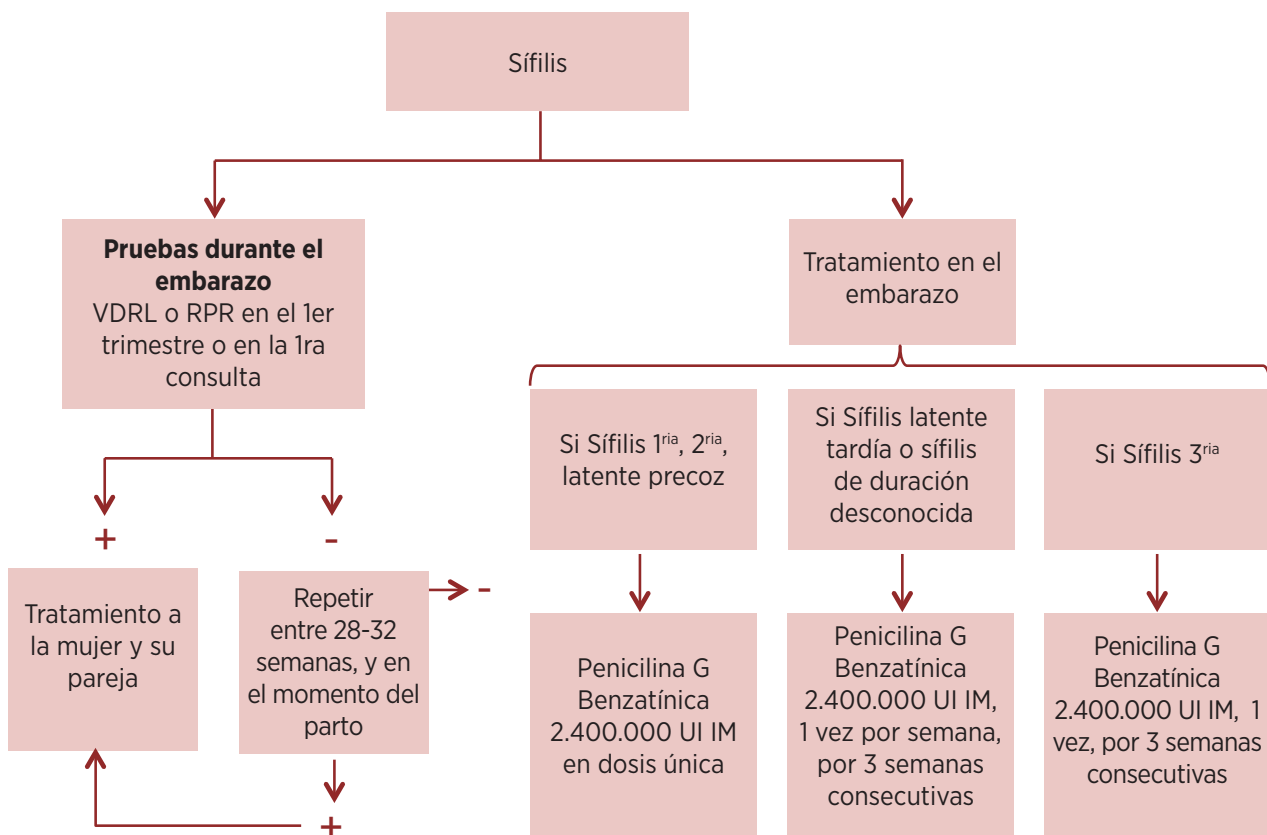


VARICELA-HERPES ZÓSTER



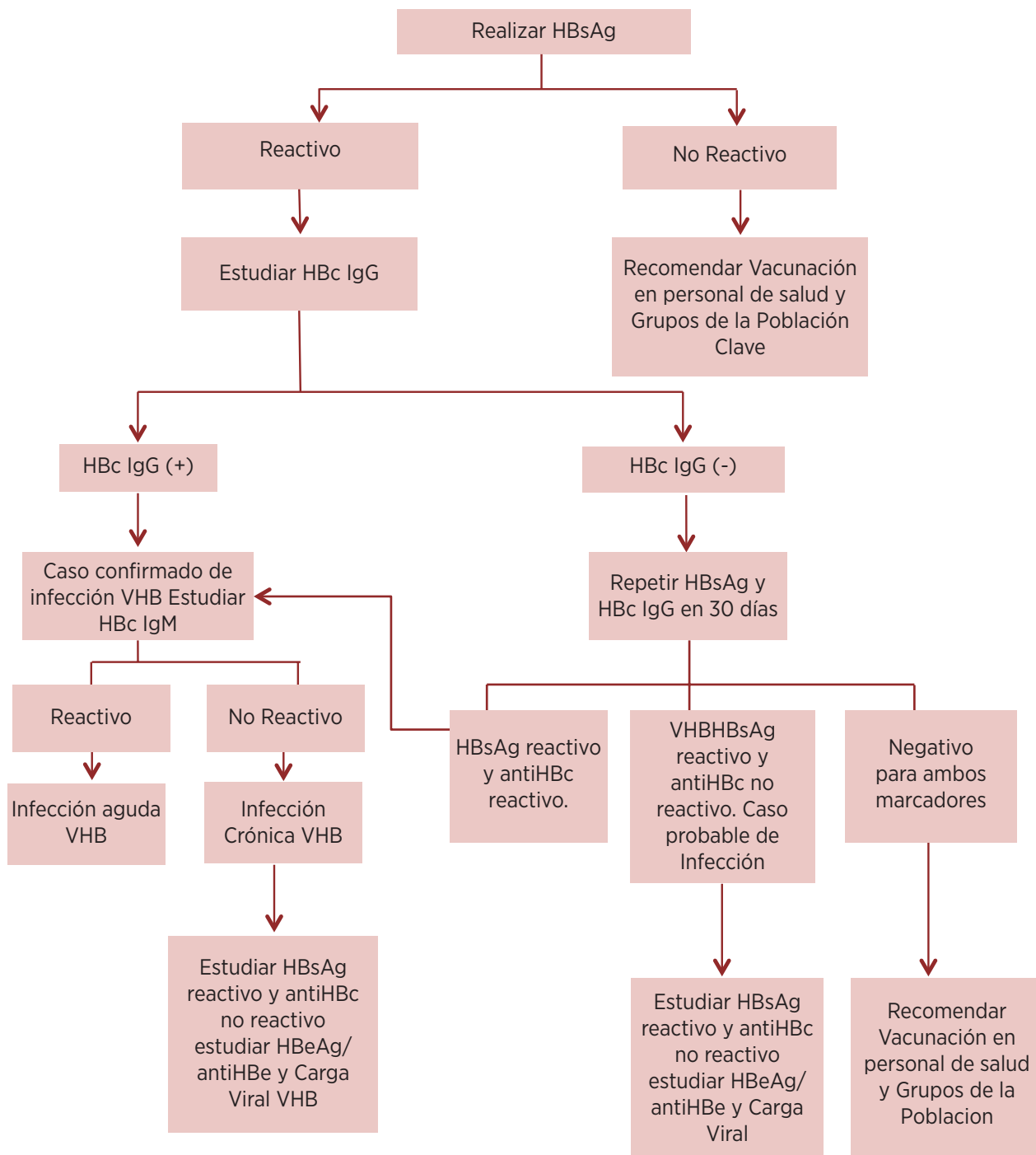
FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

SÍFILIS



FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS B



INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO
O23.0	Infección del riñón en el embarazo
O23.1	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo
O23.2	Infección de la uretra en el embarazo
O23.3	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo
O23.4	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo
O23.5	Infección genital en el embarazo
O23.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo

DEFINICIONES

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	Está dada por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones. Se clasifica en alta: Pielonefritis, y baja: bacteriuria asintomática, cistitis. Es la infección bacteriana más común en el embarazo.
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 UFC /ml en una sola muestra del chorro medio de orina, en ausencia de síntomas específicos. Está presente en el 2 a 10% de embarazos y puede progresar a pielonefritis en un 20 a 40 %.
CISTITIS	Colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más de 1000 UFC/ml que se acompaña de sintomatología urinaria. Presente en 1 a 4% de embarazos.
PIELONEFRITIS	Es la infección bacteriana grave más común que compromete el tracto urinario alto, parénquima renal, pelvis renal, y cálices renales, y se acompaña de síntomas urinarios y sistémicos, puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, síndrome de distrés respiratorio y sepsis. Presente en 1-2%. Recurrencia aproximadamente 20% en la misma gestación.

DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO
SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>CONSIDERAR FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de IVU recurrentes (factor predictor más importante), patología renal y del tracto urinario, malformaciones del tracto urinario, litiasis renal. • Malas condiciones socioeconómicas y desnutrición. • Diabetes mellitus y estados de inmunosupresión. • Anemia. • Ausencia o insuficiente control prenatal. <p>1. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: más de 100.000 UFC sin síntomas</p> <p>2. CISTITIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal suprapúbico. • Urgencia miccional, disuria, polaquiuria, nicturia. • Tenesmo vesical. <p>3. PIELONEFRITIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre mayor a 38°C. • Dolor lumbar. • Estado general comprometido de manera variable con cefalea, náusea y vómito, taquicardia, etc. • Puede cursar con urgencia miccional, disuria, polaquiuria, nicturia. • Deshidratación variable.
EXAMEN FÍSICO	<p>1. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: No hay síntomas</p> <p>2. CISTITIS: Dolor hipogástrico. Puntos ureterales dolorosos si útero aún no interfiere por tamaño.</p> <p>3. PIELONEFRITIS: fiebre con y sin escalofríos y puño percusión dolorosa uni o bilateral. Taquicardia y palidez de piel y mucosas. Alteración del estado general de intensidad variable ya es criterio de IVU alta.</p>
EXÁMENES DE LABORATORIO	<p>Bacteriuria asintomática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urocultivo Positivo con más de 100.000 UFC de chorro medio, de un solo germen. <p>Cistitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orina simple: Bacterias, leucocitos más de 10 x campo, eritrocitos pueden estar presentes. • Si se agregan síntomas iniciar tratamiento. • Urocultivo con antibiograma: positivo con más de 1000 UFC chorro medio, de un solo germen. <p>Pielonefritis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma (leucocitosis con neutrofilia), orina simple (ídem anterior y estearasa leucocitaria positiva). • Urocultivo y antibiograma: positivo (con más de 1000 UFC de chorro medio un solo germen). Solicitar Urea Creatinina, LDH y electrolitos en pacientes en mal estado general (25% cursa con insuficiencia renal).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- PROBLEMAS OBSTRUCTIVOS URINARIOS.
- VULVOVAGINITIS.
- NEUMONIAS
- APENDICITIS
- PANCREATITIS
- LUMBALGIAS

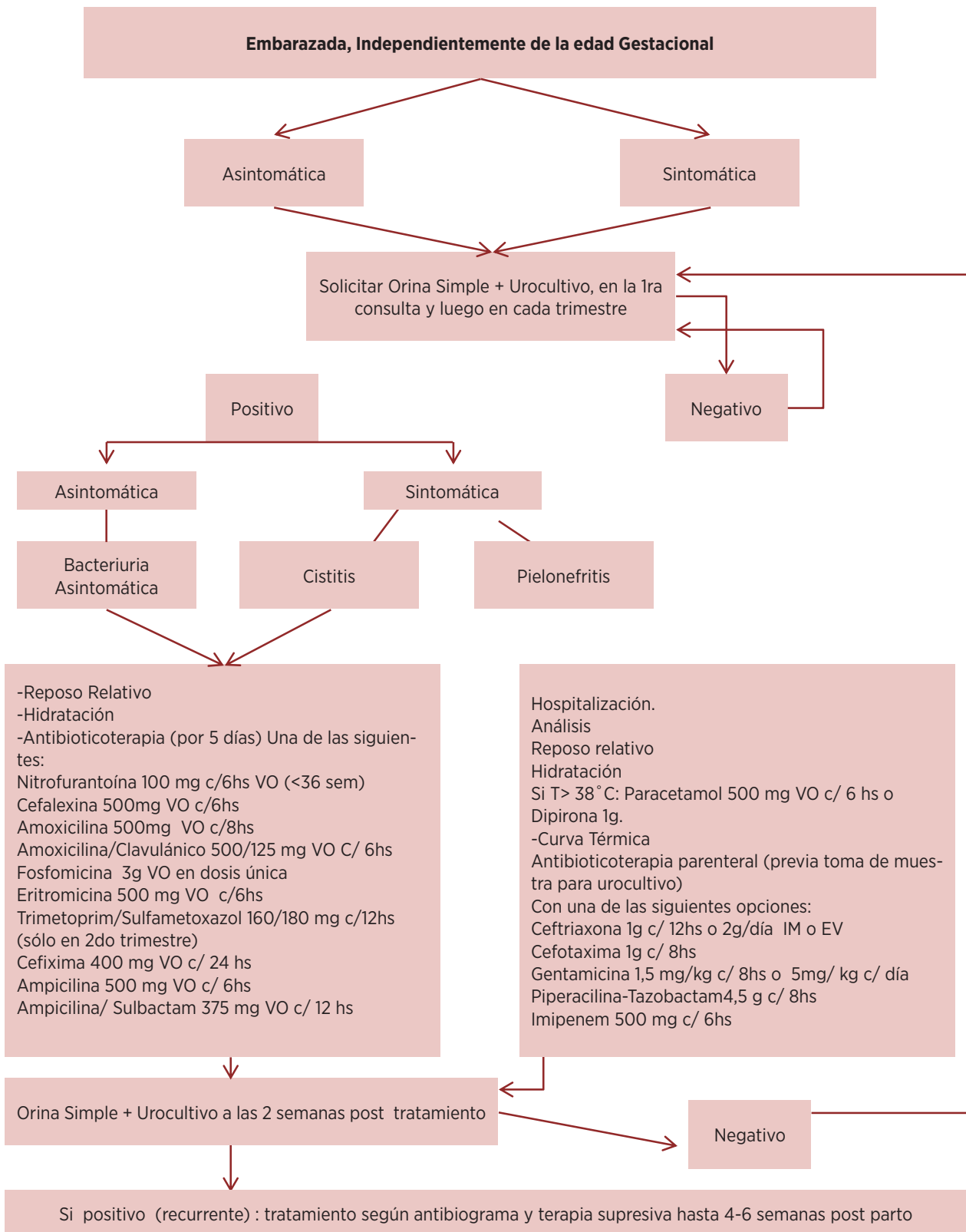
TRATAMIENTO DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS AGUDA EN EL EMBARAZO (IVU BAJA)

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: BACTERIURIA ASINTOMÁTICA y CISTITIS AGUDA. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método.	X	X	X
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Asegúrese de que consten Orina simple y Urocultivo .	X	X	X
5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Indispensable solicitar Orina simple y Urocultivo (Solicitar en la primera consulta y luego en cada trimestre).	X	X	X
6. Si la paciente es sintomática, tranquilícela e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
9. Administre tratamiento si cumple con: Paciente asintomática con urocultivo positivo (más de 100.000 UFC) Paciente sintomática con examen microscópico de orina infeccioso (nitritos positivos, estearasa leucocitaria positiva, presencia de bacterias o piuria), o Urocultivo positivo (reporta más de 1.000 colonias/ml),	X	X	X
10. Considere las siguientes medidas generales:			
Si está asintomática, actividad normal. Si solo presenta síntomas urinarios: tratamiento ambulatorio	X	X	X
Si es sintomática con malestar general (fiebre, náuseas y vómitos): Internación		X	X
11. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE IVU BAJA (bacteriuria asintomática, cistitis):	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Nitrofurantoína 100 mg cada 6 horas durante 5 días (Se puede utilizar hasta las 36 semanas de embarazo), ó • Cefalexina 500 mg VO cada 6 horas durante 5 días, ó • Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas durante 5 días, ó • Amoxicilina/clavulánico 500/125 mg VO cada 8 horas durante 5 días, ó • Fosfomicina 3 g. VO dosis única, ó • Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 5 días, ó • Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/180 mg cada 12 horas durante 5 días (utilizar solo durante II trimestre), ó • Cefixima 400 mg. VO cada 24hs durante 5 días 			
12. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico según sensibilidad.	X	X	X
13. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia).	X	X	X

TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO PIELONEFRITIS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso al servicio o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
2. MANEJO HOSPITALARIO: <ul style="list-style-type: none"> • Reposo relativo según estado general. • Control de ingesta y excreta (balance hidrosalino). • Paracetamol 500 mg VO cada 6 horas, o Diproona 1 g VO si temperatura >38,5°C. • Registrar Curva térmica. • Control de signos vitales maternos y fetales. Escala de alerta precoz • Líquidos intravenosos SF 0.9% 1000 cc EV reponer según balance. • ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar 10 días de tratamiento: • Ceftriaxona 1 g cada 12 hs o 2 g día IM o EV, ó • Cefotaxima 1 g cada 8 horas EV, ó • Gentamicina 1,5 mg/Kg EV cada 8 horas (en paciente alérgica a penicilina), ó • Piperazilina/Tazobactam 4/0,5 g cada 8 hs EV, ó • Imipenem 500 mg cada 6 horas EV • Solicitar Ecografía renal y de vías urinarias al ingreso. • Control laboratorial a las 48 horas del ingreso (o antes dependiendo de la evolución clínica). 		X	X
3. Mantener el tratamiento endovenoso mientras persista la fiebre, si la sintomatología remite hacer la conversión a tratamiento oral hospitalario y luego ambulatorio hasta completar 10 días de tratamiento.		X	X
4. ANTIBIÓTICO ESPECIFICO: Si la paciente no presenta mejoría clínica o presenta signos de gravedad: valorar cambio de antibiótico según cultivo.		X	X
5. Proceda a la contrarreferencia la servivio de origen si aplica. No olvide enviar con la paciente y con el personal de servicio la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llenada, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X
6. Seguimiento: con cultivo de orina a las dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si Urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma y evaluar PROFILAXIS.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



MASTITIS PUERPERAL

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O91	INFECCIONES DE LA MAMA ASOCIADAS AL PARTO
O91.0	Infecciones del pezón asociadas con el parto (absceso del pezón, gestacional, puerperal)
O91.1	Absceso de la mama asociado con el parto (mamario, subareolar, mastitis purulenta)
O91.2	Mastitis no purulenta asociada con el parto (linfangitis, mastitis)

DEFINICIONES

INFECCIÓN O FIEBRE PUERPERAL	Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento. Potencialmente graves. Una de las causas principales de muerte materna o shock séptico.
MASTITIS PUERPERAL	Cuadro febril por condición inflamatoria del seno, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con la lactancia se la llama mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.
INGURGITACIÓN MAMARIA	Es una exageración bilateral de la ingurgitación linfática y venosa que se produce antes de dar de lactar, de aparición rápida en el puerperio. No es el resultado de la sobredistensión de la mama por la leche.
MASTITIS INFECCIOSA	Cuadro febril con inflamación e infección localizada polimicrobiana más comúnmente gérmenes de piel secundaria a ingurgitación mamaria y solución de continuidad del pezón, generalmente unilateral. Puede llegar a organizarse y la infección determinar un absceso mamario.

DIAGNÓSTICO DE MASTITIS SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>CONSIDERAR UNO O MÁS FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de control preconcepcional y prenatal. • Anemia o estado nutricional deficitario. • Lesiones irritativas, grietas, fisuras del pezón y/o aréola. • Infección respiratoria neonatal. • Pacientes inmunodeprimidas. • Tener en cuenta el tiempo de evolución del cuadro.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre mayor a 38° c post parto vaginal o post cesárea. • Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náuseas y vómitos. • Escalofríos. • Taquicardia. <p>INGURGITACION MAMARIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de evolución: 3-5 días después del parto. • Dolor y sensibilidad de las mamas. • Mamas agrandadas, duras, Afectación bilateral. <p>MASTITIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de evolución: las primeras 12 semanas post parto. • Temperatura local aumentada • Dolor y sensibilidad de las mamas intenso. • Área enrojecida, cuneiforme en la mama. • Mama dura, ingurgitada, Generalmente afectación unilateral. Grietas y/o fisuras en el pezón y/o areola. <p>ABCESO MAMARIO</p> <p>Todo lo anterior citado más piel adelgazada, brillante, tensa, zonas fluctuantes a la palpación con fistulas o sin fistulas.</p> <p>Tiempo de evolución: Frecuente las primeras 6 semanas post parto</p>
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:	<ul style="list-style-type: none"> • LABORATORIO: Hemograma, PCR, Eritro, Crasis. • ECOGRAFÍA MAMARIA. En caso de sospecha de absceso o la clínica no es concluyente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASTITIS PUERPERAL

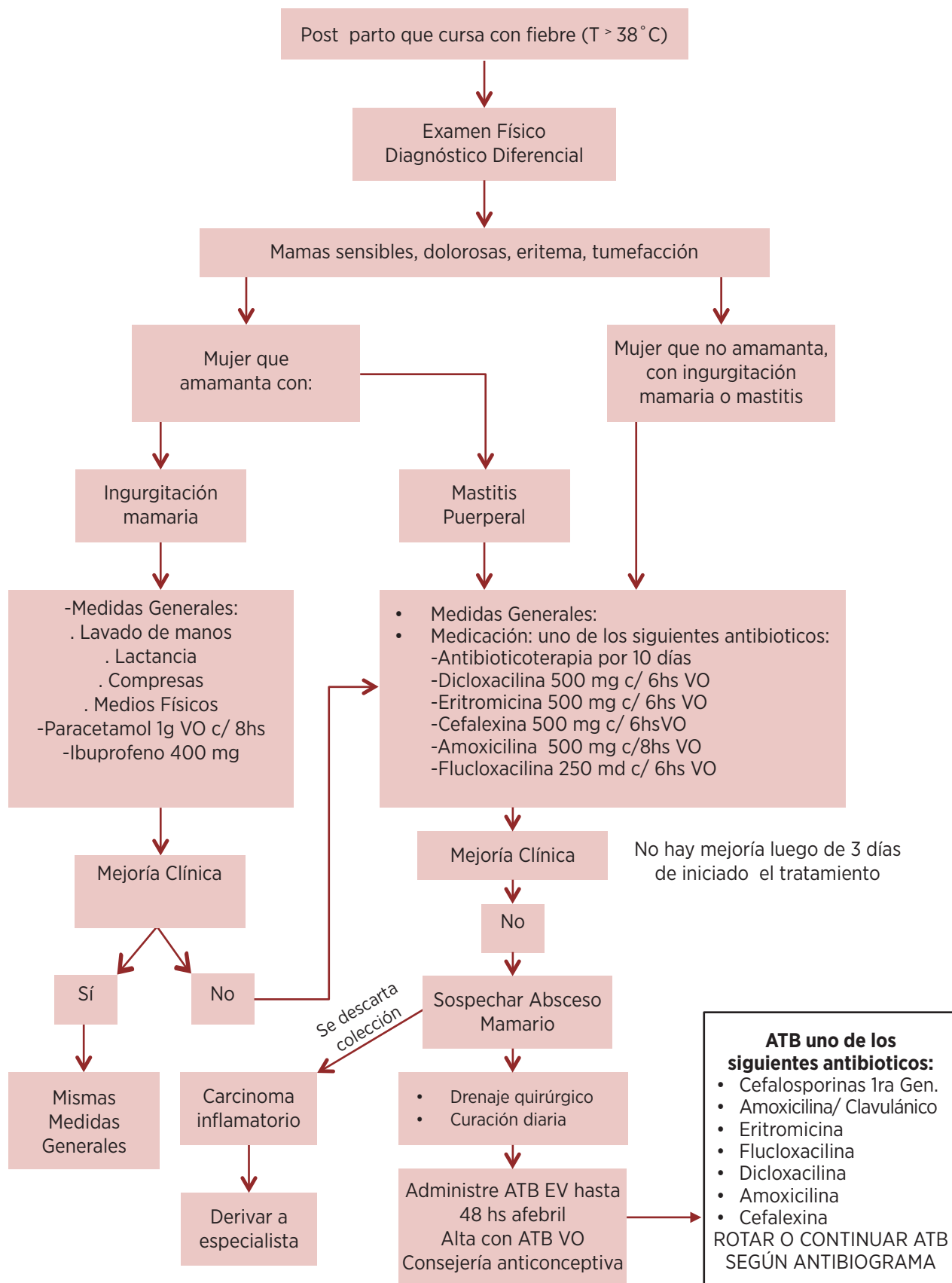
- **Cáncer de mama inflamatorio.**
- **Descartar otras causas de síndrome febril puerperal:**
 - Infección de heridas perineales o abdominales.
 - Endometritis.
 - Corioamnionitis.
 - Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
 - Infección respiratoria.
 - Tromboflebitis séptica.
 - Apendicitis, Hepatitis, Malaria, Tifoidea.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL POR MASTITIS PUERPERAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)		NIVEL		
		I	II	III
1.	Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2.	Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Escala de alerta precoz.	X	X	X
3.	Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Examen de mamas: MASTITIS. Buen examen físico para estadificar o determinar el grado de lesión. • Heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DEEPISIOTOMÍA • Heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL • Altura uterina y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4.	Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, Orina simple, ecografía.	X	X	X
5.	Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, crisis sanguínea, según condición clínica.	X	X	X
6.	Tranquilece a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7.	Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8.	Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9.	Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos. <ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofeno 400mg VO cada 8 horas. • Paracetamol 1g VO al momento y cada 8 horas. • Dipirona 1g IV al momento y cada 6 horas. 	X	X	X
SI LA MUJER AMAMANTA Y PRESENTA INGURGITACION O MASTITIS.		NIVEL		
10.	Las medidas para que la mujer obtenga alivio antes de amamantar incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar compresas tibias a los senos justo antes de amamantar, o alentar a la mujer para que tome una ducha caliente; • Masajear la mama en forma circular en dirección al pezón. • Pedirle a la mujer que antes de amamantar se extraiga un poco de leche manualmente y se higienice el área del pezón, moje el área del pezón para ayudar al bebé a que se adhiera de manera adecuada y con facilidad. 	X	X	X
11.	Muestre a la mujer cómo cargar en brazos al bebé y ayudarlo a que se adhiera a la mama.	X	X	X
12.	Si el bebé no puede succionar , aliente a la mujer para que se extraiga la leche a mano o con un extractor si tiene disponible.	X	X	X
13.	Si el bebé puede succionar : aliente a la mujer a que amamante con mayor frecuencia usando ambos senos en cada lactancia.	X	X	X

SI LA MUJER NO AMAMANTA Y PRESENTA INGURGITACION O MASTITIS:	NIVEL		
14. Administre antibioticoterapia efectiva con UNO de los siguientes regímenes: <ul style="list-style-type: none"> • Dicloxacilina 500 mg VO c/6 horas por 10 días, o • Eritromicina 250-500 mg VO c/6 horas por 10 días, o • Cefalexina 500 mg VO c/6 horas por 10 días, o • Amoxicilina 500 mg VO c/8 horas por 10 días. 	X	X	X
15. Valorar la necesidad de ecografía mamaria.			
16. Haga seguimiento 3 días después de iniciar el manejo para asegurar la respuesta, si no hay mejoría sospeche ABSCESO MAMARIO. SI SOSPECHA ABSCESO MAMARIO y no hay posibilidad de acceso a un servicio de mayor complejidad: para confirmar el diagnóstico puede aspirarse pus mediante una jeringa.	X	X	X
17. Con el diagnóstico probable de absceso mamario, disponga su ingreso o la referencia a un servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
18. Hospitalización: Drene el absceso bajo anestesia general y medidas de asepsia y antisepsia.		X	X
19. Realice la incisión en forma radial partiendo de cerca del margen areolar hacia la periferia de la mama para evitar lesiones a los conductos lácteos.		X	X
20. Use un dedo o pinza para romper todas las bolsas de pus.		X	X
21. Lavado de la cavidad con Sol. Fisiológica; colocación de drenaje por 24 horas si es necesario y retirarlo antes del alta.		X	X
22. Administre uno de los siguientes antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> • Cefalosporinas de primera generación. • Amoxicilina con ac clavulánico. • Eritromicina 250-500 mg cada 6 horas • Flucloxacilina 250 mg cada 6 horas • Dicloxacilina 125-500 mg cada 6 horas • Amoxicilina 250-500 mg cada 8 horas • Cefalexina 250-500 mg cada 6 horas Rotar o continuar antibiótico según antibiograma. Medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos frecuente. • Aliente a la mujer a seguir amamantando; • sujetarse los senos con una faja o sostén; • aplicar compresas frías a los senos entre las mamadas para reducir la hinchazón y el dolor. • Administre paracetamol 500 mg vía oral, según la necesidad. • Haga seguimiento 3 días después de iniciar el manejo para asegurar la respuesta. 		X	X
23. Control de signos vitales: Como mínimo 3 veces al día por 48 horas o hasta la estabilización de signos vitales.	X	X	X
24. Curaciones diarias o según necesidad. Movilización del drenaje.	X	X	X
25. Antes del alta: <ul style="list-style-type: none"> • Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. • Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente. • Control en 48 horas. 	X	X	X
26. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo de la Mastitis Puerperal



MUERTE FETAL

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 36.4	Atención materna por muerte intrauterina (Excluye aborto retenido).

DEFINICIONES

MUERTE FETAL	Muerte fetal intrauterina que ocurre en un embarazo sobre las 13 semanas de gestación. La etiología es diversa: genética, infecciosa, malformaciones congénitas, insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal, accidente funicular, patología materna, diabetes, etc. La complicación más frecuente es la CID.
---------------------	---

DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Percepción materna de disminución o ausencia de movimientos fetales. Ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Ausencia de movimientos fetales al examen físico. Contracciones uterinas espontáneas.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Auscultación de FCF por cualquier método: Doppler, estetoscopio de Pinard (sospecha de diagnóstico de muerte fetal) Verificación de la presentación y posición fetal por maniobras de Leopold. Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto. Diagnóstico de la etapa y la fase del trabajo de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop.
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo). Ecografía para confirmación de FCF negativa. Además, cabeza fetal con contorno anormal, disminución o ausencia de líquido amniótico. Hemograma, TP, TTPA, plaquetas, fibrinógeno, PDF. Glucosa y test de tolerancia con 75 g.

TRATAMIENTO DE LA MUERTE FETAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA MUERTE FETAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES			
1. Reciba con calidez a la mujer en el servicio y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal o protocolo de atención del parto normal. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	X	X	X
3. Permita acompañamiento de la pareja o familiar.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos de la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal. Amplíe su solicitud a TP, TTPA, plaquetas, fibrinógeno o test de coagulación junto a la cama.	X	X	X
7. Realice una evaluación clínica que incluya: presión arterial, frecuencia cardíaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura. Registrar en hoja de Escala de Alerta Precoz.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura uterina como un cálculo aproximado del tamaño fetal, de la edad gestacional y descarte alteraciones de partes blandas y óseas maternas.	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal y sus potenciales anomalías.	X	X	X
10. Realice búsqueda de la frecuencia cardíaca fetal por un minuto con cualquier método, inmediatamente después de una contracción uterina si las hubiera al momento del examen.	X	X	X

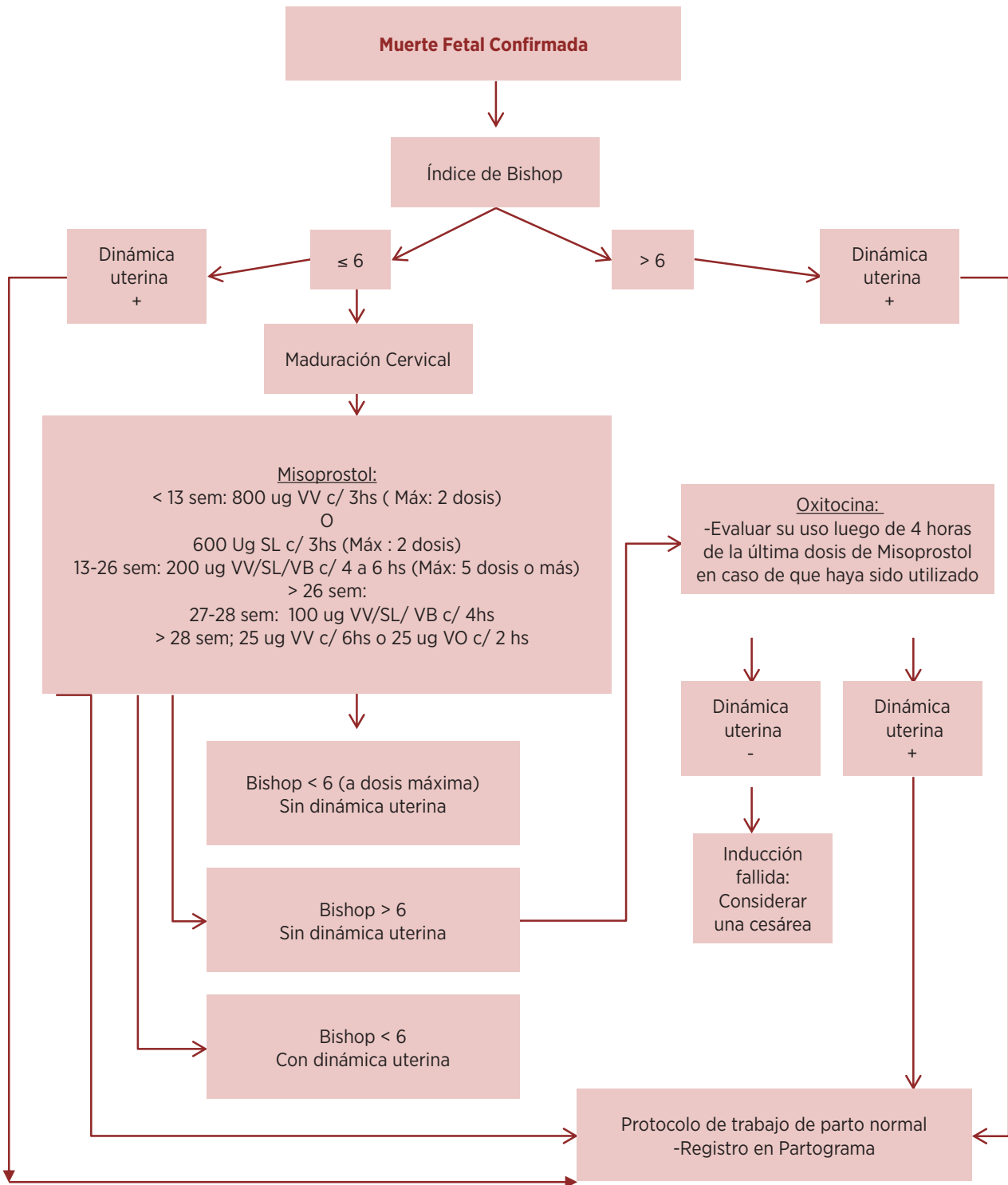
11. Registre la frecuencia y duración de las contracciones uterinas (si aplica).	X	X	X
12. CONFIRME POR TODOS LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS DE SU UNIDAD LA AUSENCIA DE FRECUENCIA CARDÍACA FETAL (Doppler, monitoreo fetal electrónico o ecografía).	X	X	X
13. Explique el problema a la mujer y a su familia. Brinde contención emocional.	X	X	X
14. Con el diagnóstico de muerte fetal disponga su ingreso al servicio o realice la referencia a otro servicio de mayor complejidad donde sea atendida por personal calificado para aplicar el protocolo de finalización del embarazo más adecuado. Envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
15. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Valore la presencia de anomalías en periné, vulva, vagina y cuello que se puedan visualizar y/o palpar. Valore Índice de Bishop y valoración de la pelvis materna para descartar DCP.	X	X	X
16. Explique las opciones de tratamiento y los pasos a seguir.	X	X	X
MANEJO	NIVEL		
17. Se indicará la internación de la paciente luego de exponer riesgos y ventajas de una inducto-conducción (o de una cesárea, dependiendo del caso) e indicar estudios de laboratorio.		X	X
18. Tranquilice a la mujer y consiga una valoración urgente con Psicología para apoyo especializado.		X	X
Proceda al manejo activo si se presenta cualquiera de las siguientes condiciones: La paciente ya está en trabajo de parto. disminución de plaquetas por debajo de lo normal. disminución del fibrinógeno de los valores referenciales. si se sospecha CID. si no se produce el trabajo de parto espontáneo (pasadas las 48 horas desde el diagnóstico). la mujer solicita la finalización del embarazo.		X	X
21. El Partograma debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal para evaluar registrar y controlar el progreso del trabajo hasta el momento del parto.		X	X
22. Actúe según Protocolo de Inducto-Conducción según Índice de Bishop.		X	X
23. Asegúrese de que exista <u>INDICACIÓN</u> para la inducción del trabajo de parto.		X	X
24. Descarte <u>CONTRAINDICACIONES</u> para inducción de trabajo de parto.		X	X
25. DESCARTE UNA DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA. Aplique una evaluación de la pelvis femenina.		X	X
26. EVALUACIÓN DEL CUELLO UTERINO: basada en la Escala de Bishop. Si el cuello uterino es desfavorable (puntuación de 6 ó menos), se lo considera inmaduro y se debe mejorar la puntuación utilizando PROSTAGLANDINAS (maduración) antes de la inducción con oxitocina. Si el cuello uterino es favorable (puntuación mayor a 6), se lo considera maduro y generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto sólo con OXITOCINA.		X	X
27. Si la paciente tiene indicación de terminación del embarazo y no tiene contraindicación para el uso de uterotónicos disponga su ingreso al servicio o realice la referencia a otro servicio de mayor complejidad donde sea atendida por personal calificado para aplicación de este protocolo.		X	X

INDUCCIÓN/MADURACIÓN CON PROSTAGLANDINAS (MISOPROSTOL)						NIVEL	
1. Ver protocolo de inducción y conducción del trabajo de parto para usos, contraindicaciones y puntos importantes a considerar en caso de muerte fetal.						X	X
2. RÉGIMEN DE MISOPROSTOL CON FETO MUERTO. Varían en relación a la maduración cervical con feto vivo en la que nos interesa mantener el bienestar fetal.						X	X
REGIMEN	EDAD GESTACIONAL	DOSIS INICIAL	NUEVA DOSIS	INTERVALO DE DOSIS	DOSIS MAXIMA	X	X
Misoprostol	<13 semanas Aborto Diferido	800 ug VV Ó 600 ug SL	800 ug 600 ug	3 horas 3 horas	2 dosis 2 dosis		
Misoprostol	13-26 semanas	200 ugVV*/ SL/VB	200 ug	Cada 4 a 6 horas	***		
Misoprostol	>26semanas** 27 a 28 sema- nas >28 semanas:	100 µg V V*/VSI/VB 25 µg VV* Ó 25 µg VO	100 µg 25 µg	cada 4 horas cada 6 horas cada 2 horas	-----		
<p>FIGO 2017. Regímenes Recomendados: Misoprostol solo.</p> <p>1) VV: Vía Vaginal. VSL: Vía Sublingual (debajo de la lengua). VO: Vía Oral. VB: Vía Bucal (entre la mejilla y la encía).</p> <p>2) Si solo se dispone de tabletas de 200 µg, se puede obtener una dosis menor mediante su disolución en agua.</p> <p>*En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal.</p> <p>**Seguir el protocolo del servicio en caso de cesárea previa o cicatriz uterina transmural.</p> <p><i>Observación: De no contar con protocolo en el servicio, FLASOG recomienda, en caso de cicatriz uterina o cesárea anterior: según la historia clínica particular, podría emplearse Misoprostol en casos seleccionados con precaución, siempre recomendándose iniciar con la mitad de la dosis indicada.</i></p> <p>***Algunos estudios sugieren un máximo de 5 dosis y en la mayoría de los casos se completa la expulsión antes de las 5 dosis, pero otros estudios continúan con más dosis y alcanzan una tasa de éxito mayor sin ningún problema de seguridad / En caso de que no se haya expulsado la placenta 30 minutos después de la expulsión del feto, se puede administrar otra dosis.</p> <p>A menor edad gestacional se necesitan mayores dosis de misoprostol para conseguir la maduración cervical esperada.</p>							
3. Escoja e inicie el régimen que considere más apropiado para la paciente según la indicación de inducción del trabajo de parto con feto muerto.						X	X
4. Administre dosis sucesivas a los intervalos indicados de acuerdo al régimen elegido hasta que se alcance la dosis máxima o se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o mejore la puntuación del Índice de Bishop.						X	X
5. Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer y registre en el partograma.						X	X
6. Si no se establece un aumento en la puntuación de Bishop a las dosis máximas , considere una inducción / maduración fallida y considere una cesárea.						X	X
7. Si aumenta la puntuación de Bishop inicie administración de oxitocina luego de 4 horas de la última dosis de misoprostol de acuerdo a Protocolo de Inducción conducción del trabajo de parto con Oxitocina.						X	X
8. Si se desarrolla actividad uterina de 2 en 10 minutos no adicione Oxitocina.						X	X

INDUCCIÓN CON OXITOCINA			
1. No difiere de la inducción conducción del trabajo de parto con feto vivo. (ver protocolo).		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO EN MUERTE FETAL ALUMBRAMIENTO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES.			
1. Realice los mismos pasos del protocolo de manejo del parto normal o de vértice para la etapa de alumbramiento.		X	X
2. NO olvide realizar manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.		X	X
3. Si aplica: Realizar adicionalmente revisión digital de cavidad uterina o extracción manual de placenta.		X	X
4. Sugiera a la pareja la necesidad de autopsia para determinar la etiología probable de la muerte fetal.		X	X
5. Solicite estudio histopatológico y cromosómico de placenta y feto.		X	X
6. Llene toda la documentación legal para la inscripción de muerte fetal en el Registro Civil.		X	X
7. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente. Mantenga el apoyo psicológico		X	X
8. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



OLIGOAMNIOS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O41.1.	Oligohidramnios

DEFINICIONES

OLIGOAMNIOS	<p>Gestación >22 semanas con reducción de líquido amniótico por debajo de 500 ml. El mejor criterio para el diagnóstico es el valor del índice de Líquido Amniótico (ILA).</p> <p>Etiología: se ha asociado a condiciones fetales, maternas, placentarias, drogas e idiopáticas.</p> <p>Se asocia la mayor parte de las veces a RPM y RCIU. Además, se debe descartar malformaciones del sistema urinario fetal.</p>
--------------------	---

CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:

CUANTIFICACIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

1. Gestación única.

Técnica: de los cuatro cuadrantes (Phelan).

Parámetro: Índice de líquido amniótico (ILA).

El resultado es referido en centímetros, y se puede expresar con o sin unidades de medida, los dos son correctos (ej. ILA 23 o ILA 23 cm).

Valores y límites de normalidad.

- < 2 oligoamnios severo
- < 5 oligoamnios
- 5-8 límite inferior de normalidad (Líquido disminuido)
- 8-18 normalidad ecográfica del LA
- 18-24 valores límite superior (Líquido aumentado)
- ≥25 polihidramnios
- 25 a 30: leve
- 31 a 40: moderado
- Más de 40: severo

2- Gestación múltiple.

Técnica. De la columna máxima o bolsón mayor (BM).

Parámetro. BM de LA. El resultado es referido en centímetros, y se puede expresar con o sin unidades de medida, los dos son correctos (ej. BM 7 / 8, o BM 7 cm / 8 cm).

Valores y límites de normalidad.

- <1 Oligoamnios severo
- 1-2 Oligoamnios moderado
- 2-8 normalidad ecográfica del LA
- >8 polihidramnios
- >12 polihidramnios grave

DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Altura uterina por debajo de lo esperado para la edad gestacional. • Percepción materna de disminución de movimientos fetales. • Dolor ante movimientos fetales. • Íntimo contacto del útero con las partes fetales.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Altura uterina menor que la que corresponde para la edad gestacional. • Íntimo contacto del útero con las partes fetales con facilidad de palpación. • El diagnóstico clínico de Oligoamnios debe ser confirmado mediante ecografía.

EXÁMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Rutina laboratorial (hemograma, glicemia, urea, creatinina, ácido úrico, hepatograma). • Proteinuria de 24 horas. • Tipificación. • TP, TTPA, plaquetas. • Test rápido VDRL, HIV. • TORCH • Hepatitis B • Chagas. • Test de Coombs, Pesquisa de anticuerpos irregulares (PAI).
ECOGRAFÍA:	Ecografía: Confirma el diagnóstico de oligoamnios; evalúa al feto para tratar de determinar la presencia de anomalías fetales estructurales.

TRATAMIENTO OLIGOAMNIOS

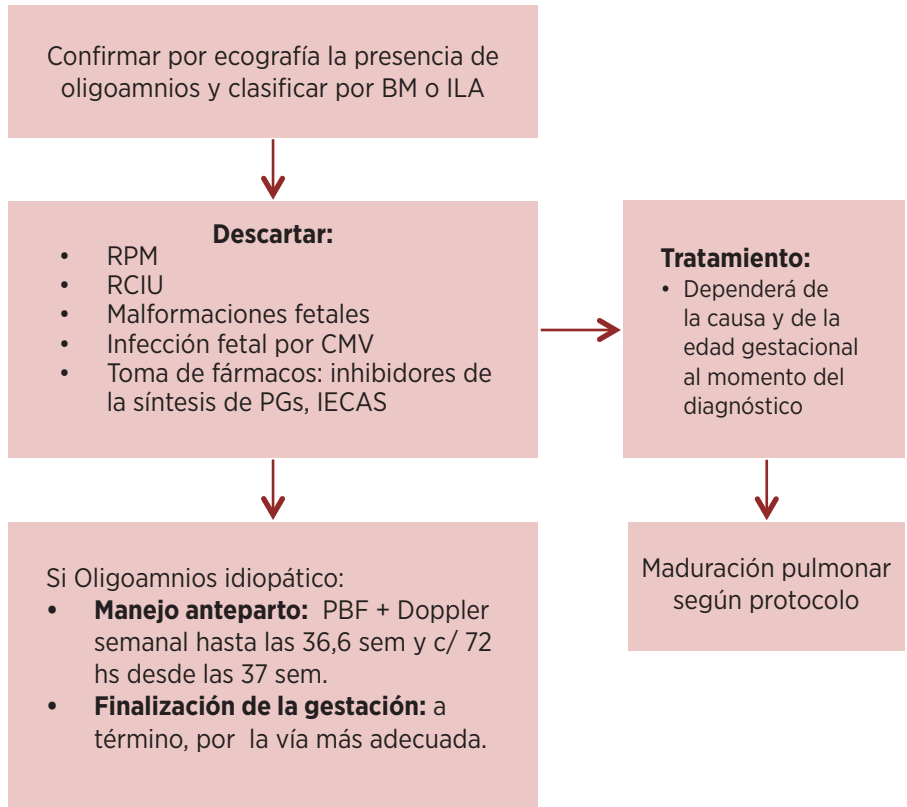
PROTOCOLO DE MANEJO DEL OLIGOAMNIOS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)			
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES		NIVEL	
1.	Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal Explique a la mujer (y a la persona que le acompaña) lo que va a realizar y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X X
2.	Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	X	X X
3.	Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial.	X	X X
4.	Verifique si la paciente tiene Historia Clínica Perinatal, actualice los datos, y si no lo tiene llene de manera completa.	X	X X
5.	Asegúrese de solicitar y tener registro los estudios laboratoriales y ecográficos.	X	X X
6.	Realice la evaluación clínica de la paciente que incluya: presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en Escala de Alerta Precoz.	X	X X
8.	Realice una evaluación clínica obstétrica que incluya: altura uterina como un cálculo aproximado del tamaño fetal y de la edad gestacional. Comparar el resultado con la edad gestacional por FUM y por ecografía precoz.	X	X X
9.	Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.	X	X X
10.	Ausculte la frecuencia cardiaca fetal por un minuto con cualquier método.	X	X X
12.	Realice examen o tacto vaginal. Valore Índice de Bishop y valoración de la pelvis para descartar DCP. Obs: si se sospecha RPM o RCIU, maneje según protocolo correspondiente.	X	X X
13.	CONFIRME POR ECOGRAFÍA LA PRESENCIA DE OLIGOAMNIOS Y CLASIFIQUELO POR EL ILA Y/O BM según el caso.		X X
14.	Explique el problema a la mujer y a su familia. Brinde apoyo emocional.	X	X X
15.	Con el diagnóstico de Oligoamnios: <ul style="list-style-type: none"> • Descartar RPM: Mediante anamnesis y exploración. • Descartar RCIU: Valoración del peso fetal estimado, así como realización de estudio Doppler Materno Fetal. • Descartar malformaciones fetales: Estudio morfológico dirigido a descartar la presencia de malformaciones nefro-urológicas y del tubo neural. • Descartar la infección fetal por CMV: serologías maternas (IgG/IgM), marcadores fetales ecográficos (microcefalia, ventriculomegalia, focos parenquimatosos hiperecogénicos, hiperrefringencia intestinal). • Descartar toma de fármacos: inhibidores de la síntesis de prostaglandinas e IECAs. 		X X
16.	Explique a la paciente las opciones de tratamiento y los pasos a seguir.	X	X X

	NIVEL		
TRATAMIENTO: El manejo clínico del Oligohidramnios depende principalmente de la causa del mismo, así como de la edad gestacional en el momento del diagnóstico.			
a. En aquellos casos en los que se diagnostique una RPM o un RCIU se aplicará el protocolo específico de cada patología.		X	X
b. En el caso de toma de fármacos , se interrumpirá la toma de los mismos, de forma inmediata. <ul style="list-style-type: none"> Si la paciente ha consumido inhibidores de la síntesis de prostaglandinas se realizará valoración del ductus arterioso por ecocardiografía fetal. Si existiera una restricción del ductus arterioso (IP<1 o insuficiencia tricuspídea significativa (holosistólica, ≥ 150 cm/s) se realizaría control cada 48 h hasta su normalización. 		X	X
c. En aquellos casos en los que el feto presente una malformación , se informará del pronóstico de la misma y del riesgo de hipoplasia pulmonar	X	X	X
d. Realizar maduración pulmonar según protocolo.	X	X	X
e. En caso de Oligoamnios Idiopático que se encuentren por debajo de las 34 semanas y tengan alteraciones del registro en el Monitoreo Fetal No Estresante (MFNS), se podrá realizar amnio-infusión bajo guía ecográfica.	X	X	X
FINALIZACIÓN del embarazo: La evidencia disponible indica que las pacientes con oligohidramnios idiopático no presentan peores resultados neonatales en comparación con la población con líquido amniótico normal. <ul style="list-style-type: none"> Manejo anteparto: Realización de Perfil biofísico y estudio Doppler semanal hasta las 36.6 semanas y a partir de la semana 37.0 cada 72 horas. Estimación de peso fetal cada dos semanas. Finalización de la gestación: Si bien se considerará como gestación de alto riesgo su interrupción se hará a término, por la vía más adecuada y según estudios de salud fetal. OBS: la decisión de interrupción del embarazo NO debe basarse únicamente en el hallazgo de oligoamnios. Debe incluir una evaluación diagnóstica integral materno-fetal. El Oligoamnios por sí solo no es una indicación de cesárea.		X	X

	NIVEL		
	I	II	III
TÉCNICA DE AMNIOINFUSIÓN			
1. Ingreso de la paciente y colocación de vía periférica. Verificación del estado serológico materno.			X
2. En caso de que la paciente presente dinámica uterina clínica antes, durante o tras el procedimiento se realizará tratamiento tocolítico con nifedipino a dosis habituales durante 24 horas.			X
3. Maduración pulmonar fetal según protocolo específico.			X
4. Administración de antibiótico profiláctico de forma sistemática: Cefazolina 2g ev 1-2 horas antes (si alergia a betalactámicos: Eritromicina 500 mg o Vancomicina 1 g ev).			X
5. Paciente en decúbito semilateral (para evitar hipotensión materna) y siempre bajo visión directa por ecografía durante todo el proceso.			X
6. Localizar el BM de líquido amniótico, evitando la zona fúndica por el riesgo de dislocación al descender el útero.			X
7. Asepsia estricta de la zona y colocación de campos estériles delimitando la zona donde se realizará la punción.			X
8. Aguja de calibre 18 G e infusión de solución salina a temperatura ambiente con catéter doble vía, con un bolo inicial de 250 ml a infundir en 20 a 30 minutos y luego a un ritmo de 10 a 20 ml por minuto hasta alcanzar 600 ml o la resolución de las desaceleraciones. OBS: comprobar que el tono basal uterino sea inferior a 15 mmHg.			X
9. Monitorización continua del tono uterino y frecuencia cardiaca fetal.			X
10. Se interrumpe la amnio-infusión si, tras la administración de 800 a 1000 ml no se consigue resolver el patrón de desaceleración fetal o si el tono basal se encuentra por encima de 30 mmHg o 15 mmHg sobre la línea de base.			X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo del Oligoamnios



*Obs: Con EG < 34 sem y alteraciones del MFNS: se podrá realizar amnio-infusión bajo guía ecográfica

PATOLOGÍA TIROIDEA Y GESTACIÓN

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
E00 a E07	E00 Síndrome congénito por carencia de yodo E01 Trastornos tiroideos relacionados con carencia de yodo y afecciones afines E02 Hipotiroidismo subclínico por carencia de yodo E03 Otros tipos de hipotiroidismo E04 Otros tipos de bocio no tóxico E05 Tirotoxicosis [hipertiroidismo] E06 Tiroiditis E07 Otros trastornos tiroideos

PATOLOGÍA TIROIDEA Y GESTACIÓN

Introducción

La enfermedad tiroidea en el embarazo es un problema clínico común. Aunque cada caso debe ser individualizado se proveen recomendaciones, basadas en las últimas guías de la ATA, como paradigma para el cuidado de las pacientes que presenten desórdenes tiroideos.

El embarazo tiene un profundo impacto en la glándula tiroidea y en su función. Durante el embarazo, la glándula tiroidea aumenta su tamaño en un 10% en los países sin deficiencia de yodo, pero en un 20 a 40% en las áreas con deficiencia. La producción de hormonas tiroideas, Tiroxina (T4) y Triyodotironina (T3), se incrementa en un 50%, además de incrementarse en un 50% el requerimiento diario de yodo. Estos cambios fisiológicos ocurren sin problemas en la mujer sana, pero la disfunción tiroidea puede ocurrir en muchas mujeres embarazadas debido a procesos patológicos. Además, otras enfermedades tiroideas, como la enfermedad nodular y el cáncer de tiroides, son ocasionalmente detectados durante el embarazo, y podrían requerir tratamiento.

Por estas razones la función tiroidea es evaluada durante la gestación. Sin embargo, la evaluación precisa de la función tiroidea materna (y fetal) durante el embarazo sigue siendo dificultosa, y la interpretación de los análisis laboratoriales difieren de los de las no embarazadas.

Pruebas de función tiroidea: Los rangos de referencia de las pruebas de TSH y FT4 pueden variar significativamente entre diferentes poblaciones. El uso de rangos de referencia trimestre-específicos, basados en la población, permanece como la mejor manera de manejar el asunto de la medición de FT4 por inmunoensayos automáticos (que resultan en una disminución significativa y dependiente del ensayo en las medidas de concentraciones de FT4 en el 3er trimestre, cuando que por otros métodos más precisos no se muestra este grado de reducción, pero al ser más costosos están menos disponibles).

Rango de referencia normal: La mayor disminución de la TSH sérica se observa en el 1er Trimestre, debido a los niveles elevados de la HCG sérica que estimula directamente al receptor de TSH y por lo tanto aumentando la producción de hormonas tiroideas.

Se recomienda el uso de los siguientes rangos de TSH trimestre-específicos (cuando no hayan disponibles estudios de la población local): 1er trimestre (semanas 7 a 12) – Límite de referencia superior TSH: 4,0 mU/L, con el retorno gradual a rangos de no embarazadas en el 2do y 3er trimestre.

DEFINICIONES

HIPOTIROIDISMO	<p>El hipotiroidismo materno se define como la presencia de una TSH sérica elevada y una FT4 disminuida, durante la gestación, con ambas concentraciones fuera del rango de referencia trimestre-específico. Cuando la nutrición con yodo es adecuada, la causa más frecuente de hipotiroidismo es la enfermedad tiroidea autoinmune (Tiroiditis de Hashimoto). Los anticuerpos antitiroideos se pueden detectar en 30-60% de las mujeres embarazadas con una TSH elevada.</p> <p>Con respecto al rango de referencia de la TSH en el embarazo: Si no existen datos disponibles sobre la población local o poblaciones similares, se puede utilizar un límite superior de referencia de 4,0mU/l.</p>
	El tratamiento del hipotiroidismo clínico está recomendado durante el embarazo. Se remitirá al especialista en endocrinología para el manejo.

DIAGNÓSTICO DE HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
	<ul style="list-style-type: none"> En ausencia de raras excepciones (tumor hipofisario secretor de TSH, hipotiroidismo central con TSH biológicamente inactiva), se define hipotiroidismo primario materno ante la presencia de TSH elevada durante el embarazo. Enfermedad clínica por hipofunción de hormona tiroidea. Hipotiroidismo subclínico: se caracteriza por concentraciones séricas de TSH por encima del límite superior de los valores normales en relación con cifras normales de tiroxina libre.

RANGO DE REFERENCIA	Debido a que existen diferencias sustanciales en el límite de referencia superior para la TSH entre las diferentes poblaciones, cada población debería idealmente determinar su propio rango de referencia, específico por trimestre de embarazo. Si no fuera posible determinar este rango, un valor para el límite superior de referencia de 4,0 mU/L puede utilizarse (para la mayoría de los ensayos este límite representa una reducción de la TSH de 0,5 mU/L, con respecto al límite de referencia superior para una no gestante).
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas son consecuencia de una reducción de la actividad metabólica. • La gestante con hipotiroidismo puede presentar: astenia, estreñimiento, intolerancia al frío, calambres musculares, caída del cabello, piel seca, reflejos tendinosos con fase de reposo prolongada y síndrome del túnel carpiano, edema, cloasma. • Se estima que un tercio de las gestantes con hipotiroidismo tiene los síntomas clásicos, otro tercio tiene clínica moderada y el resto de las pacientes están asintomáticas, a pesar de existir una alteración funcional evidente.
ETIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Tiroiditis de Hashimoto • Hipotiroidismo post-tratamiento ablativo • Fármacos (Amiodarona, Dopamina, Litio, Iodo potásico, prednisona, Interferón) • Déficit de Yodo • Otras causas
MÉTODOS AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil tiroideo (desde la 1ra consulta) <ul style="list-style-type: none"> - TSH - T4 libre - T4 total - Anticuerpos antitiroideos (Anti TPO, Anti Tg)

TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO

- Los requerimientos de levotiroxina aumentan precozmente, hacia las 4-6 semanas de embarazo, estabilizándose hacia las 16-20 semanas.
- Por ello es importante el consejo prenatal a las mujeres hipotiroideas en edad fértil.
- Se debe aconsejar a estas pacientes un estudio preconcepcional de la función tiroidea y ajustar el tratamiento de levotiroxina para alcanzar niveles de TSH por debajo de 2,5 mUI/l en aquellas mujeres que planean embarazo.

PROTOCOLO DE MANEJO DEL HIPOTIROIDISMO	NIVEL		
	I	II	III
<p>- Se utilizará para el diagnóstico el algoritmo recomendado en las Guías de la Asociación Americana de Tiroides (ATA) para el diagnóstico y manejo de las enfermedades tiroideas durante el embarazo y el postparto.</p> <p>- Las pacientes hipotiroideas que reciben tratamiento con levotiroxina con una sospecha o confirmación de embarazo deben incrementar la dosis en un 20-30% e inmediatamente avisar a su médico tratante para pruebas y evaluaciones adicionales.</p> <p>- A las embarazadas con concentraciones de TSH >2,5 mU/L se debe solicitar Ac. AntiTPO.</p>	X	X	X
<p>El manejo del hipotiroidismo subclínico en el embarazo es el siguiente:</p> <p>- <u>El tratamiento con levotiroxina se recomienda para:</u> mujeres con AntiTPO positivo junto con una TSH mayor al rango de referencia específico para el embarazo; y mujeres con AntiTPO negativo con una TSH 10,0 mU/L.</p> <p>- <u>El tratamiento con levotiroxina se debe considerar en los casos de:</u> mujeres con AntiTPO positivo junto con una TSH > 2,5 mU/L pero menor al límite superior del rango de referencia específico para el embarazo; y mujeres con AntiTPO negativo con una TSH mayor al rango de referencia específico pero menor a 10,0 mU/L.</p> <p>- <u>No se recomienda la terapia con levotiroxina para:</u> mujeres con AntiTPO negativo con una TSH normal (TSH dentro del rango de referencia específico para el embarazo, o menor a 4,0 mU/L si no estuviera disponible un rango de referencia local).</p>		X	X

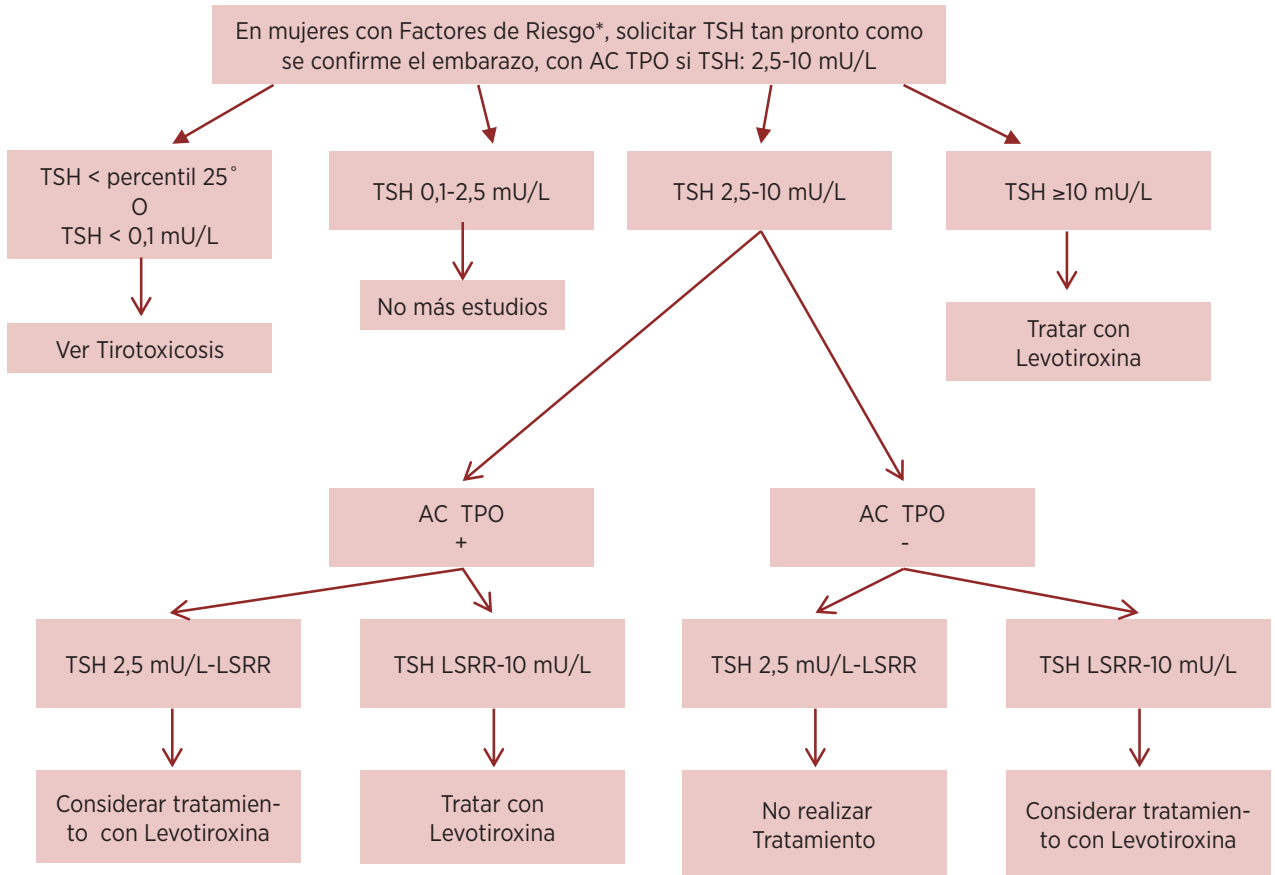
<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento recomendado para el hipotiroidismo durante el embarazo es la levotiroxina por vía oral. Como en el tratamiento del hipotiroidismo en la población general es razonable alcanzar una meta de TSH en la mitad inferior del rango de referencia específico para el trimestre y si este rango no estuviera disponible el objetivo será una TSH materna menor a 2,5 mU/L. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> Las embarazadas con hipotiroidismo clínico o subclínico (tratadas o no), o aquellas con riesgo de hipotiroidismo (por ejemplo: pacientes eutiroideas pero con Ac. AntiTPO o Ac. AntiTG positivo; post hemitirodectomía; o las tratadas con yodo radioactivo) deben ser monitorizadas con una TSH sérica aproximadamente cada 4 semanas hasta la mitad de la gestación, y luego por lo menos una vez cerca de la semana 30. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> Postparto: Luego del nacimiento la levotiroxina se debe reducir a la dosis preconcepcional que tenía la paciente. Se deben realizar pruebas de la función tiroidea luego de aproximadamente 6 semanas post parto. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> Observación: una vez hecho el diagnóstico remitir a nivel II/III. El tratamiento del hipotiroidismo se realizará en conjunto con el especialista en endocrinología. 		X	X

Se recomienda identificar a las embarazadas con alto riesgo de enfermedad tiroidea. En estas mujeres, la medición de la concentración de TSH sérica debe realizarse tan pronto como se confirme el embarazo, con Ac. AntiTPO si la TSH se encuentra entre 2,5 – 10 mU/L.

Factores de Riesgo para enfermedad tiroidea:

- Historia de hipotiroidismo/hipertiroidismo o síntomas/signos actuales de disfunción tiroidea.
- Positividad conocida para anticuerpos tiroideos o presencia de bocio.
- Antecedente de radiación en cabeza o cuello o cirugía tiroidea previa.
- Edad > 30 años
- Diabetes tipo I u otra enfermedad autoinmune.
- Historia de pérdida de embarazo, parto pretérmino, o infertilidad.
- Embarazos múltiples previos (≥ 2).
- Historia familiar de enfermedad tiroidea autoinmune o enfermedad tiroidea.
- Obesidad mórbida ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$)
- Uso de amiodarona o litio, o utilización reciente de contraste radiológico con yodo.
- Residir en un área con conocida insuficiencia de yodo moderada a severa.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



*Ver factores de riesgo
LSRR: Límite superior del rango de referencia utilizar 4 mU/L, si no se cuenta con rango local de referencia

TIROTOXICOSIS EN EL EMBARAZO

TIROTOXICOSIS	<p>La tirotoxicosis es el síndrome clínico de hipermetabolismo e hiperactividad que resulta cuando una persona está expuesta a cantidades suprafisiológicas de hormonas tiroideas. La causa más común de tirotoxicosis es la hiperfunción de la glándula tiroidea (HIPERTIROIDISMO), y la causa más común de hipertiroidismo en mujeres en edad reproductiva es la enfermedad autoinmune de Graves que ocurre antes del embarazo en un 0,4-1% de las mujeres y en aproximadamente 0,2% durante el embarazo.</p> <p>Causas menos comunes de hipertiroidismo no autoinmune durante el embarazo incluyen: bocio multimodular tóxico y adenoma tóxico.</p>
HIPERTIROIDISMO TRANSITORIO DEL EMBARAZO	<p>Más frecuente que la enfermedad de Graves como causa de hipertiroxinemia en las pruebas de función tiroidea es la "Tirotoxicosis Transitoria del Embarazo", que se limita a la primera mitad de la gestación. Esta condición caracterizada por una elevación de la FT4 con una TSH suprimida, se diagnostica en aproximadamente 1-3% de los embarazos. Se asocia frecuentemente con hiperémesis gravídica.</p>
TIROIDITIS POSTPARTO	<p>Es clínica y etiopatológicamente similar a la tiroiditis silente con la característica de acontecer hasta un año después de un parto o un aborto espontáneo o inducido.</p> <p>La frecuencia es de 8 a 10% de las gestaciones y la prevalencia es de hasta un 25% más frecuente en mujeres con diabetes tipo 1 y en mujeres con anticuerpos antitiroideos positivos y función tiroidea normal durante la gestación.</p>

DIAGNÓSTICO DE HIPERTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
CLÍNICA	<p>El cuadro clínico de la tirotoxicosis se caracteriza por una hiperactividad generalizada: nerviosismo, insomnio, temblor, taquicardia, palpitaciones, aumento del número de deposiciones, hipertensión arterial, aumento de la sudoración, intolerancia al calor, pérdida ponderal, onicolisis, miopatía proximal y linfadenopatía. La enfermedad de Graves añade: exoftalmos y dermatopatía (mixedema pretibial).</p> <p>Debemos sospechar un posible hipertiroidismo en aquellas gestantes que asocien pérdida o falta de ganancia ponderal y taquicardia en reposo (>100 latidos/min) que no disminuye con la maniobra de Valsalva</p>
LABORATORIO	<p>La TSH sérica puede disminuir en el primer trimestre de un embarazo normal como una respuesta fisiológica al efecto estimulante de la HCG sobre el receptor de TSH. El pico de HCG ocurre típicamente entre las semanas 7 y 11 de embarazo. Una TSH menor a 0,1 mU/L puede estar presente en aproximadamente el 5% de las mujeres en la semana 11 de la gestación. Cualquier valor de TSH sérico subnormal debería ser evaluado en conjunto con una TT4 (o FT4) y T3. El diagnóstico bioquímico de hipertiroidismo clínico se confirma cuando existe una TSH suprimida o indetectable y elevación inapropiada de TT4/FT4, o T3.</p> <p>La disminución de TSH es mayor en gestaciones múltiples.</p> <p>Las gestantes fumadoras presentan concentraciones de TSH inferiores durante el 1er y 3er Trimestre.</p>

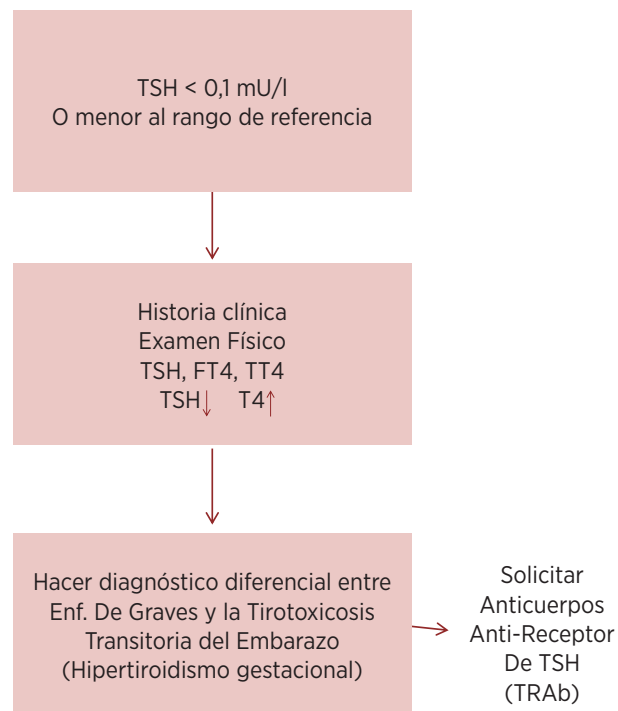
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de la causa de la tirotoxicosis es esencial. En el embarazo temprano, el diagnóstico diferencial en la mayoría de los casos se da entre el hipertiroidismo de Graves y la tirotoxicosis transitoria del embarazo. En ambas situaciones las manifestaciones clínicas incluyen: palpitaciones, ansiedad, temblores, intolerancia al calor. Una cuidadosa historia clínica y examen físico son de suma importancia para establecer la etiología. Los hallazgos de: sin historia previa de enfermedad tiroidea, sin estigmas de la enfermedad de Graves (bocio, orbitopatía), un trastorno leve autolimitado y los síntomas de emesis favorecen el diagnóstico de una tirotoxicosis transitoria del embarazo. Si se sospecha de otras causas de tirotoxicosis la medición del anticuerpo del Receptor de TSH (TRAb) está indicado. Si este es negativo o se sospecha de nódulos tiroideos por el examen físico se debe realizar una ecografía tiroidea para evaluar nodularidad. Ningún estudio ha demostrado la utilidad de la hormona tiroidea para diferenciar la tirotoxicosis transitoria del embarazo de la enfermedad de Graves.

TRATAMIENTO DE LA TIROTOXICOSIS

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TIROTOXICOSIS	NIVEL		
	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se detecta una TSH suprimida en el 1er trimestre (TSH menor al rango de referencia o menor a 0,1 mU/L) se debe realizar: una historia clínica, examen físico y medición de FT4 o TT4 materno. • La medición del anticuerpo del Receptor de TSH (TRAb), y TT3 materna pueden ser útiles para clarificar la etiología de la tirotoxicosis. 	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la tirotoxicosis transitoria del embarazo (se realizará en conjunto con el especialista en endocrinología): dependerá de la severidad de los síntomas. • En mujeres con hiperemesis gravídica: control de los vómitos y tratamiento de la deshidratación. En algunos casos será necesaria la hospitalización. • Las drogas antitiroideas no están indicadas, esto debido a la T4 retorna a la normalidad entre las semanas 14-18 de la gestación y el uso de estas drogas en el embarazo temprano aumenta el riesgo de defectos congénitos. • En algunas situaciones se puede considerar el uso de Betabloqueantes. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de pacientes con hipertiroidismo de Graves durante el embarazo. Un pobre control de la tirotoxicosis se asocia a: pérdida de embarazo, hipertensión inducida por el embarazo, prematuridad, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, óbito fetal, tormenta tiroidea, falla cardíaca congestiva materna. • El pilar del tratamiento del hipertiroidismo durante el embarazo son las drogas antitiroideas: Metimazol (MMI), Carbamazol (CM) y Propiltiouracilo (PTU). La dosis inicial dependerá de la severidad de los síntomas y el grado de hipertiroxinemia. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres que reciben MMI o PTU deben confirmar un potencial embarazo tan pronto como sea posible. • Si la prueba de embarazo es positiva debe contactar inmediatamente con su médico tratante para determinar el tratamiento. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • En las embarazadas tratadas con drogas antitiroideas se deben monitorear la FT4/TT4 y la TSH aproximadamente cada 4 semanas. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • La medicación antitiroidea durante el embarazo debe ser administrada a la menor dosis efectiva, buscando una FT4/TT4 igual o moderadamente superior al rango de referencia. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Medición del TRAb en el hipertiroidismo de Graves: <ul style="list-style-type: none"> • - Si la paciente tiene historia de Enfermedad de Graves tratada con ablación (radio-iodo o cirugía) se recomienda la medición sérica materna del TRAb durante las pruebas iniciales de función tiroidea en el embarazo temprano. • - Si la concentración de TRAb materna está elevada durante el embarazo temprano se debe repetir entre la semana 18 y 22. • - Si TRAb materna es indetectable o baja en el embarazo temprano ya no es necesario repetirlo más adelante. • - Si la paciente se encuentra recibiendo drogas antitiroideas como tratamiento del hipertiroidismo de Graves, cuando se confirme un embarazo se recomienda la determinación de TRAb materno. • - Si la paciente requiere tratamiento con drogas antitiroideas para la enfermedad de Graves alrededor de la mitad del embarazo se recomienda repetir la determinación del TRAb entre las 18 y 22 semanas. • - Si se detecta TRAb elevado entre las semanas 18 y 22, o la paciente está tomando drogas antitiroideas durante el 3er trimestre, una medición del TRAb debería realizarse en el embarazo tardío para evaluar la necesidad de monitoreo neonatal y postnatal. 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la medicación antitiroidea está indicada para mujeres que están dando de mamar, tanto el MMI (dosis máxima 20 mg diarios) como el PTU (dosis máxima 450 mg diarios) pueden ser administrados. • En el puerperio: Tras el parto se recomienda controlar las hormonas tiroideas maternas a las 6 semanas post parto y continuar los controles hasta 1 año. 		X	X
<p>Tiroiditis post parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de la tiroiditis post parto el tratamiento es sintomático ya que puede cursar con una etapa de hiperfunción y luego ir a una hipofunción. 		X	X
<p>Observación: El tratamiento del hipertiroidismo se realizará en conjunto con el especialista en endocrinología.</p>	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



PARTO DISTÓCICO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA
O33.0	Atención materna por desproporción debida a deformidad de la pelvis ósea en la madre
O33.1	Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis
O33.2	Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho superior de la pelvis
O33.3	Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho inferior de la pelvis
O33.4	Atención materna por desproporción fetopelviana de origen mixto, materno y fetal
O33.5	Atención materna por desproporción debida a feto demasiado grande
O33.6	Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico
O33.7	Atención materna por desproporción debida a otra deformidad fetal (debido a ascitis, hidropesía, tumor, mielomenin)
O33.8	Atención materna por desproporción de otro origen
O33.9	Atención materna por desproporción de origen no especificado (cefalopélvica, fetopélvica)
O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS
O34.0	Atención materna por anomalía congénita del útero (útero bicorne, doble)
O34.1	Atención materna por tumor del cuerpo del útero (fibroma, pólipo)
O34.2	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa
O34.3	Atención materna por incompetencia del cuello uterino (cerclaje del cuello, sutura de shirodkar)
O34.4	Atención materna por otra anomalía del cuello uterino (cirugía previa, estrechez, pólipo, tumor)
O34.5	Atención materna por otras anomalías del útero grávido (incarceración, prolapso, retroversión)
O34.6	Atención materna por anomalía de la vagina (cirugía previa, estenosis, estrechez, tabique, tumor)
O34.7	Atención materna por anomalía de la vulva y del perineo (cirugía previa, fibrosis, perineo rígido, tumor de vulva)
O34.8	Atención materna por otras anomalías de los órganos pelvianos (abdomen en péndulo, cistocele, retrocele, rep)
O34.9	Atención materna por anomalía no especificada de órgano pelviano
O35	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDAD O LESIÓN FETAL, CONOCIDA O PRESUNTA
O35.0	Atención materna por (presunta) malformación del sistema nervioso central en el feto (anencefalia, espina bífida)
O35.1	Atención materna por (presunta) anomalía cromosómica en el feto
O35.2	Atención materna por (presunta) enfermedad hereditaria en el feto
O35.3	Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a enfermedad vírica en la madre
O35.4	Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol
O35.5	Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a drogas
O35.6	Atención materna por (presunta) lesión al feto debida a radiación
O35.7	Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a otros procedimientos médicos (biopsias, amniocentesis, diu)
O35.8	Atención materna por otras (presuntas) anomalías y lesiones fetales (listeriosis, toxoplasmosis materna)
O35.9	Atención materna por (presunta) anomalía y lesión fetal no especificada
O36	ATENCIÓN MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS

DEFINICIONES

DISTOCIA	<ul style="list-style-type: none"> Se define por distocia a una dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal o normal.
DISTOCIAS ÓSEAS	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la forma, dimensión o inclinación de la pelvis materna que dificulta o imposibilita un parto vaginal.
DISTOCIAS DE PARTES BLANDAS	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de los tejidos blandos que participan en el trabajo de parto y cuya disfunción anatómico estructural dificulta el trabajo de parto normal. Comprende alteraciones en útero, cuello del útero, vagina, vulva y periné; habitualmente se deben a tumores, cicatrices, atresias, tabiques u otras malformaciones congénitas o tumorales genitales o extragenitales.
DISTOCIAS DE CAUSAS FETALES	<ul style="list-style-type: none"> De la ESTÁTICA Fetal: que impidan el progreso del trabajo de parto, como las SITUACIONES anómalas: que son oblicuas y trasversas y las PRESENTACIONES anómalas: las cefálicas (variedades occipito posterior y deflexionadas) y las pelvianas. Alteraciones ANATÓMICAS del feto: Malformaciones fetales, hidrocefalias, defectos de la pared, abdominales o neurológicas, siameses.
DESproporción CÉFALO PÉLVICA (DCP)	<ul style="list-style-type: none"> Falta de relación apropiada entre los componentes cefálico y pélvico (pelvis muy pequeña y feto demasiado grande). Una distocia de partes óseas, blandas o fetales pueden ser causas de una DCP y puede llevar a un parto obstruido.
DISTOCIA DINÁMICA	<ul style="list-style-type: none"> Conjunto de alteraciones (frecuencia, intensidad, regularidad) de la contracción uterina que interfieren en la normal progresión del parto.
FASE LATENTE PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> Duración del trabajo de parto latente más de 20 horas en las nulíparas y 14 horas o más en las multíparas.
PROGRESO INSATISFACTORIO DE LA FASE ACTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Con contracciones uterinas útiles y sin DCP: si la dilatación del cuello del útero es menor a 1 cm/hora o se encuentra más de dos horas sin progreso en fase activa del trabajo de parto.
FASE EXPULSIVA PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> Dilatación completa con deseo de pujar sin conseguir descenso fetal en la nulípara de 1 hora, y en la multípara de 30 minutos (sin epidural).
DISTOCIA DE HOMBROS	<ul style="list-style-type: none"> La cabeza del feto ha sido expulsada pero los hombros están atorados y no se pueden extraer. Es una anomalía que no se puede predecir pero que se sospecha en fetos macrosómicos.

DIAGNÓSTICO DE TRABAJO DE PARTO DISTÓCICO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente obstétrico: paridad, peso del RN, progresión del parto anterior • Antecedente de trauma, fractura o cirugía pélvica, lumbar o de extremidades inferiores que determinen alteración del anillo pélvico óseo. • Antecedente de alteración de los órganos blandos que obstruyan o dificulten la dilatación por tumores, cicatrices, atresias, tabiques u otras malformaciones congénitas o tumorales genitales o extragenitales. • Antecedente en embarazo actual de macrosomía, malformaciones fetales o presentaciones anómalas fetales hasta la semana 36-37 diagnosticada por clínica o por ecografía. • Sintomatología de trabajo de parto (fase latente o activa).
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de situación, posición y presentación fetal por Maniobras de Leopold. • Auscultación fetal por cualquier método. • Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto parto (DU). • Diagnóstico de la etapa y la fase del trabajo de parto. • Tacto vaginal para valorar modificación cervical (índice de Bishop), Pelvimetría y la proporción cefalopélvica. • Especuloscopia para determinar: fluidos sangre o líquido, distocias de partes blandas cervicales o vaginales. • Registro en partograma para detección de distocias dinámicas.
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Test de cristalización previa al tacto vaginal si sospecha RPM. • Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo). • Ecografía (si está disponible).

TRATAMIENTO DEL PARTO DISTÓCICO

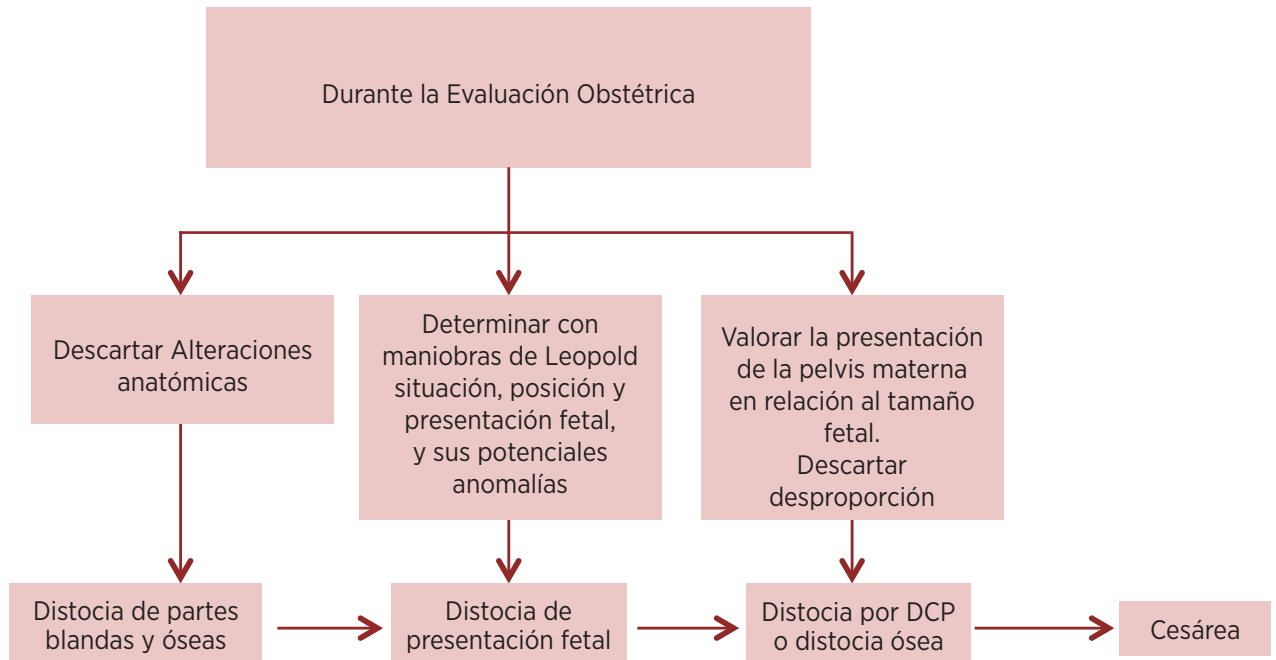
PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DISTÓCICO DISTOCIAS DE PARTES ÓSEAS, BLANDAS Y FETALES, DINÁMICAS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES			
1. Reciba con calidez a la mujer en el servicio y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal o protocolo de atención del parto normal. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que va a realizar. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial y trabajo de parto.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llenar de manera completa una Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos de la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica P e r i n a t a l .	X	X	X
7. Realice una evaluación clínica materna que incluya: ectoscopia, presión arterial, frecuencia cardíaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura uterina como un cálculo aproximado del tamaño fetal, de la edad gestacional y descarte de alteraciones anatómicas uterinas (DISTOCIA DE PARTES BLANDAS Y ÓSEAS).	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal y sus potenciales anomalías (DISTOCIA DE PRESENTACIÓN FETAL).	X	X	X
10. Ausculte la frecuencia cardíaca fetal por un minuto con cualquier método, inmediatamente después de una contracción uterina.	X	X	X
11. Registre la frecuencia y duración de las contracciones uterinas.	X	X	X

12. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Valore la presencia de anomalías en periné, vulva, ano, vagina y cuello que se puedan visualizar y/o palpar (condilomas, tumores previos)	X	X	X
13. Determinar: <ul style="list-style-type: none"> • Si hay pérdida de fluidos vaginales (flujo, L.A., tapón mucoso o sangre) primero especuloscopia. Valorar: líquido amniótico (claro o meconial), características de la leucorrea y del sangrado (rutilante, negruzco, cantidad). • Tacto: Índice de Bishop: posición, borramiento, dilatación, consistencia del cuello uterino. • Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. • Estado de las membranas: integridad, formas (planas, abombadas etc). Descartar procúbito o procidencia. • Valorar la proporción de la pelvis en relación al tamaño fetal (Maniobra mensuradora de Pinard, Tacto impresor de Muller). • Valorar la presentación, variedad de presentación, posición, y osificación de la cabeza fetal. • Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. • Si no son proporcionales indique DISTOCIA POR DCP O DISTOCIA ÓSEA. 	X	X	X
14. Con el diagnóstico de distocia por DCP indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en trabajo de parto, en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> • Si se encuentran alteraciones de partes óseas que generen obstrucción, reducción de los diámetros pélvicos óseos o asimetría de los mismos, • Si se encuentran alteraciones de partes blandas que generen obstrucción o sangrado, • Si se tiene antecedentes de control prenatal con anomalías fetales diagnosticadas por ecografía, • Si se encuentra alteración de los diámetros fetales que determinen un aumento de los mismos por hidrocefalia o visceromegalia malformaciones abdominales o neurológicas, siameses, • Si se detecta una anomalía de presentación: situaciones transversas, oblicuos o presentaciones anómalas, deflexión fetal. 	X	X	X
15. Si la paciente es diagnosticada de distocia, disponga su ingreso al servicio o realice la referencia a otro servicio de mayor complejidad donde sea atendida por personal calificado. Envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.	X	X	X
DISTOCIAS DE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO. FASE LATENTE PROLONGADA.	NIVEL		
16. Si la duración de esta fase es prolongada, descarte contraindicaciones para inducción del trabajo de parto.	X	X	X
17. NO REALICE AMNIOTOMÍA O ROTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS, no trae ventajas significativas y es potencialmente peligroso para el feto.	X	X	X
18. Determine el Índice de Bishop y proceda según criterio obstétrico al parto acorde con: <ul style="list-style-type: none"> • Bishop < 6 Maduración cervical. • Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCIÓN. • Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA DEL TRABAJO DE PARTO 	X	X	X
DISTOCIAS DE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO. PROGRESO INSATISFACTORIO DE LA DILATACIÓN	NIVEL		
19. El Partograma debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal para evaluar, registrar y controlar el progreso del trabajo de parto hasta el momento del parto.	X	X	X
20. Si la dilatación del cuello del útero es menor a 1 cm/hora o se encuentra más de dos horas sin progreso, proceda a reevaluar para descartar DISTOCIA DE PRESENTACIÓN .	X	X	X

<p>21. Si se descarta distocia de presentación, confirme la frecuencia de la actividad uterina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si actividad uterina <2 por 10 minutos con duración de menos de 40 segundos: CONDUCCIÓN CON OXITOCINA. (Ver Inducto-conducción del trabajo de parto). • Si actividad uterina regular de 3 contracciones de 40 segundos en 10 minutos indique la necesidad de una cesárea. • Para decidir un parto por cesárea en un trabajo de parto detenido en el primer período debe asegurarse que la paciente tuvo contracciones uterinas adecuadas por cuatro horas usando conducción con oxitocina. 		X	X
<p>22. Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa del trabajo de parto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente. • tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto. Partograma (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta). • Presentación fetal que no apoya sobre el cuello. • no descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo (segunda etapa). <p>El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto obstruido con compromiso materno y fetal.</p>		X	X
DISTOCIAS DE LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO. FASE EXPULSIVA PROLONGADA	NIVEL		
23. Valore la posibilidad de DCP si tras 1 hora de deseo de pujos no se consigue un avance de al menos 1 cm/hora en el descenso de la presentación (o según planos de Hodge).	X	X	X
24. Si la paciente es diagnosticada de distocia disponga su ingreso al servicio o realice la referencia a otro servicio de mayor complejidad donde sea atendida por personal calificado para aplicar el protocolo de manejo del parto por cesárea.	X	X	X
25. Si se consigue la expulsión de la cabeza fetal, continúe con el protocolo de atención de parto de bajo riesgo.	X	X	X
FINALIZACIÓN DEL PARTO	NIVEL		
26. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa	X	X	X
27. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.	X	X	X
28. Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.	X	X	X
<p>29. Sospeche DISTOCIA DE HOMBROS si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cabeza fetal se ha expulsado, pero sigue adosada a la vulva con firmeza. • El mentón se retrae y oprime el perineo. <p>Ejerciendo tracción firme sobre la cabeza no se logra hacer salir el hombro, que está atorado detrás de la sínfisis del pubis. NO SIGA TRACCIONANDO.</p>	X	X	X
30. Pida ayuda, mantenga la calma, no deje de tener contacto verbal de apoyo con la paciente y su acompañante o familiar.	X	X	X
31. Comunique inmediatamente a Neonatología para reanimación neonatal.	X	X	X

32. Proceda a realizar las siguientes maniobras: <ul style="list-style-type: none"> Realice episiotomía para reducir la obstrucción y dejar espacio para la manipulación. Verificar la vacuidad de la vejiga. Pídale a la mujer que, acostada de espaldas, flexione ambos muslos y lleve las rodillas hacia el pecho, lo más cerca que pueda (Maniobra de Mc. Roberts) o pida a dos asistentes que empujen las rodillas flexionadas firmemente hacia el pecho. Solicite que un colega aplique presión supra púbrica. NUNCA en FONDO uterino. Mientras aplique una tracción firme y continua hacia abajo sobre la cabeza fetal para mover el hombro que está en situación anterior debajo de la sínfisis del pubis; Evite ejercer tracción excesiva sobre la cabeza, ya que puede producir una lesión en los plexos braquiales; recuerde la presión suprapúbica puede además de disminuir el diámetro fetal, desplazar el hombro hacia un oblicuo. No aplique presión sobre el fondo del útero. Esto encajará aún más el hombro y puede ocasionar una rotura uterina. 	X	X	X
33. Si el hombro todavía no se ha expulsado : <ul style="list-style-type: none"> Provisto de guantes estériles introduzca una mano en la vagina; Aplique presión al hombro que está en situación anterior, en dirección al esternón del bebé para hacer girar el hombro y disminuir el diámetro de los hombros; Si es necesario, aplique presión al hombro que está posterior, en dirección al esternón del bebé.	X	X	X
35. Si el hombro todavía no se ha expulsado a pesar de las medidas anteriores : <ul style="list-style-type: none"> Introduzca una mano en la vagina; Sujete el húmero del brazo que está en situación posterior y, manteniendo el brazo flexionado en el codo, deslícelo transversalmente sobre el pecho. Esto permitirá que haya espacio para que el hombro que está en situación anterior pueda moverse debajo de la sínfisis del pubis.	X	X	X
35. Si con todas las medidas anteriores no se logra expulsar el hombro habría, entre otras, las opciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Fracturar la clavícula para reducir el ancho de los hombros y liberar el hombro que está en situación anterior; Aplicar tracción en la axila con un gancho (en caso de disponer del instrumental) para extraer el brazo que está en situación posterior.	X	X	X
36. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.	X	X	X
37. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre. Seque al bebé por completo limpie los ojos y evalúe su respuesta.	X	X	X
38. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir. NO EXISTE APURO. NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.	X	X	X
39. Registre en historia clínica perinatal.	X	X	X
40. Estimule el inicio precoz de la lactancia. Registre en historia clínica perinatal	X	X	X
ATENCIÓN DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO. ALUMBRAMIENTO	NIVEL		
41. No difiere del protocolo de manejo del parto de bajo riesgo	X	X	XX
42. NO OLVIDE REALIZAR MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO, LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO. Mantener informada a la paciente y a los familiares de la evolución, maniobras realizadas y estado materno fetal constantemente. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



PARTO EN PELVIANA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O80	PARTO
O80.1	Parto único espontáneo, presentación de nalgas o podálica
O80.8	Parto único espontáneo, otras presentaciones

DEFINICIONES

Se define la presentación de nalgas como aquella en la que el polo pélvico del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. La incidencia de la presentación de nalgas a término es del 3-4%. Este tipo de presentación se asocia a una mayor morbilidad perinatal.

PRESENTACIÓN DE NALGAS	La presentación fetal corresponde a las nalgas y/o los pies. En el examen abdominal, se palpa la cabeza en el fondo uterino y las nalgas en el reborde pélvico.
PRESENTACIÓN DE NALGAS COMPLETA (FLEXIONADA)	Presentación con ambas piernas flexionadas en las caderas y en las rodillas.
PRESENTACIÓN FRANCA DE NALGAS (EXTENDIDA)	Presentación con ambas piernas extendidas en las caderas y extendidas en las rodillas.
PRESENTACIÓN PODÁLICA O DE PIES	Presentación con una o ambas piernas flexionadas en la cadera y en las rodillas.

DIAGNÓSTICO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN PELVIANA SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Salida de tapón mucoso. • Salida de líquido amniótico. • Dolor abdominal tipo contracciones. • Antecedente o no de control prenatal de posición anómala.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold. • Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto. • Diagnóstico de la etapa y la fase del trabajo de parto por tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop. • Valoración del tipo de presentación pelviana. • Auscultación de FCF por cualquier método en el hemiabdomen superior de la madre. • En el examen vaginal durante el trabajo de parto se sienten las nalgas y/o los pies; si hay membranas rotas es esperado que aparezca meconio con la exploración.
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo). • Ecografía si tiene dudas de la presentación sospechada por clínica.

TRATAMIENTO DEL PARTO EN PELVIANA

PROTOCOLO DE MANEJO DE UNA PRESENTACIÓN PELVIANA QUE NO SE ENCUENTRA EN TRABAJO DE PARTO	NIVEL		
Evaluación en el control prenatal: Embarazada con diagnóstico de presentación pelviana de 36 semanas de EG o más: desde un nivel I remitir a un servicio de mayor complejidad para evaluación y oferta para la realización de una versión externa (si no hubiera contraindicaciones para la misma) o la programación de una cesárea si no aceptara la versión (en cuyo caso se programará la cesárea a las 39 semanas de embarazo).	X	X	X
Toda paciente con feto en presentación pelviana que acuda a un servicio que no cuente con la complejidad necesaria para la realización de una cesárea, y que no se encuentre en periodo expulsivo, deberá ser derivada a un servicio de mayor complejidad.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO EN PELVIANA PERÍODO EXPULSIVO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES			
PARTO DE NALGAS Revise las indicaciones. Verifique que estén presentes todas las condiciones para un parto de nalgas vaginal que no plantee riesgos.	X	X	X
1. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
2. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
3. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
PRESENTACIÓN DE NALGAS COMPLETA O FRANCA	NIVEL		
EXTRACCIÓN DE LAS NALGAS Y LAS PIERNAS 4. Una vez que las nalgas han entrado en la vagina y el cuello uterino está totalmente dilatado, diga a la mujer que puede pujar con fuerza durante las contracciones.	X	X	X
5. Si el perineo es muy estrecho , realice una episiotomía selectiva.	X	X	X
6. Deje que se expulsen las nalgas hasta que se vea la parte inferior de la espalda y luego los omóplatos.	X	X	X
7. Sostenga con delicadeza las nalgas en una mano, pero sin hacer tracción.	X	X	X
8. Cuando el ombligo aparezca por la vulva, traccione suavemente el cordón umbilical, formando un asa de cordón.	X	X	X
9. Si las piernas no se expulsan espontáneamente, extraiga una pierna por vez: <ul style="list-style-type: none"> • Empuje detrás de la rodilla para doblar la pierna; • Sujete el tobillo y extraiga el pie y la pierna; • Repita el procedimiento con la otra pierna. 	X	X	X
10. No hale al bebé mientras se están expulsando las piernas. <ul style="list-style-type: none"> • Sostenga al bebé por las caderas. No lo sostenga por los flancos ni el abdomen, ya que con ello puede causarle daño renal o hepático. 	X	X	X
EXTRACCIÓN DE LOS BRAZOS	NIVEL		
11. SI LOS BRAZOS SE PALPAN SOBRE EL TÓRAX <ul style="list-style-type: none"> • Permita que los brazos se liberen espontáneamente, uno después del otro. Sólo ayude si fuera necesario. • Después de la expulsión espontánea del primer brazo, levante las nalgas hacia el abdomen de la madre para permitir que el segundo brazo se expulse espontáneamente. • Si el brazo no se expulsa espontáneamente, coloque uno o dos dedos en el codo y doble el brazo, llevando la mano hacia abajo sobre la cara del bebé. 	X	X	X
12. SI LOS BRAZOS ESTÁN EXTENDIDOS SOBRE LA CABEZA O PLEGADOS ALREDEDOR DEL CUELLO (MANIOBRA DE LOVSET): <ul style="list-style-type: none"> • Sostenga al bebé por las caderas y hágalo girar media vuelta manteniendo la espalda hacia arriba, al tiempo que aplica tracción hacia abajo para que el brazo que estaba posterior quede en situación anterior y pueda extraerse bajo el arco del pubis. • Ayude a la extracción del brazo colocando uno o dos dedos sobre la parte superior del brazo. Baje el brazo por encima del tórax al tiempo que flexiona el codo, de modo que la mano se deslice sobre la cara. • Para extraer el segundo brazo, haga girar al bebé media vuelta hacia el otro lado manteniendo la espalda hacia arriba, al tiempo que aplica tracción hacia abajo, de modo que se pueda extraer el segundo brazo de la misma manera bajo el arco del pubis. 	X	X	X

<p>13. Si el cuerpo del bebé no se puede girar para extraer primero el brazo que está en situación anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extraiga el hombro que está posterior: • Sostenga y levante al bebé por los tobillos. • Mueva el pecho del bebé hacia la parte interior de la pierna de la mujer. El hombro que está posterior debe expulsarse. • Extraiga el brazo y la mano. • Ponga la espalda del bebé hacia abajo asíéndolo por los tobillos. En este momento debe expulsarse el hombro que está anterior. • Extraiga el brazo y la mano. 	X	X	X
EXTRACCIÓN DE LA CABEZA (MANIOBRA DE MAURICEAU SMELLIE VEIT)	NIVEL		
14. Ponga al bebé con la cara hacia abajo sosteniéndole el cuerpo longitudinalmente sobre su mano y brazo.	X	X	X
15. Coloque el primer y tercer dedos de la mano con que lo sostiene sobre los pómulos del bebé, y coloque el segundo dedo en la boca del bebé para bajar la mandíbula y flexionar la cabeza.	X	X	X
16. Utilice la otra mano para sujetar los hombros del bebé.	X	X	X
17. Con dos dedos de esta mano, flexione con delicadeza la cabeza del bebé hacia el pecho, al tiempo que, con la otra, baja la mandíbula para flexionar la cabeza del bebé hacia abajo hasta que se vea la línea de inserción del cabello. <ul style="list-style-type: none"> • Hale con delicadeza para extraer la cabeza. 	X	X	X
18. Pídale a un asistente que empuje por encima del pubis de la madre mientras se expulsa la cabeza. Esto ayuda a mantener flexionada la cabeza del bebé.	X	X	X
19. Levante al bebé, todavía a horcajadas sobre su brazo, hasta que la boca y la nariz queden libres.	X	X	X
PRESENTACIÓN PODÁLICA O DE PIES	NIVEL		
20. Si la paciente es diagnosticada de trabajo de parto distócico disponga su ingreso al servicio o realice la referencia a otro servicio de mayor complejidad donde sea atendida por personal calificado.	X	X	X
21. Un bebé en presentación podálica con descenso de uno o ambos pies debe, por lo general, extraerse por cesárea.	X	X	X
22. Limite el parto vaginal de un bebé en presentación podálica a las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • trabajo de parto avanzado con el cuello uterino totalmente dilatado. • bebé pretérmino el cual no es probable que sobre viva después del parto. • extracción de otro(s) bebés. 	X	X	X
23. Para extraer al bebé por vía vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Sujete los tobillos del bebé con una mano. • Si se presenta un solo pie, inserte una mano (provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel) en la vagina y baje con delicadeza el otro pie. • Hale con delicadeza al bebé hacia abajo asíéndolo por los tobillos; • Extraiga al bebé hasta que se vean las nalgas; • Proceda con la extracción de los brazos. 	X	X	X
<p>24. EXTRACCIÓN DE NALGAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provisto de guantes estériles, inserte una mano en el útero y sujete el pie del bebé. • Sostenga el pie y sáquelo a través de la vagina. • Ejercer tracción sobre el pie hasta que se vean las nalgas. • Proceda con la extracción de los brazos. 	X	X	X
25. Luego de la extracción proceda igual que en el parto en cefálica.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO EN PELVIANA. ALUMBRAMIENTO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES.			
26. Realice los mismos pasos del protocolo de manejo del parto normal o de vértice para la etapa de alumbramiento.	X	X	X
27. NO olvide realizar manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.	X	X	X

Observación: Se recomienda que en los centros que puedan asistir estos partos en pelviana se capaciten en forma regular en las destrezas clínicas mediante simulación.

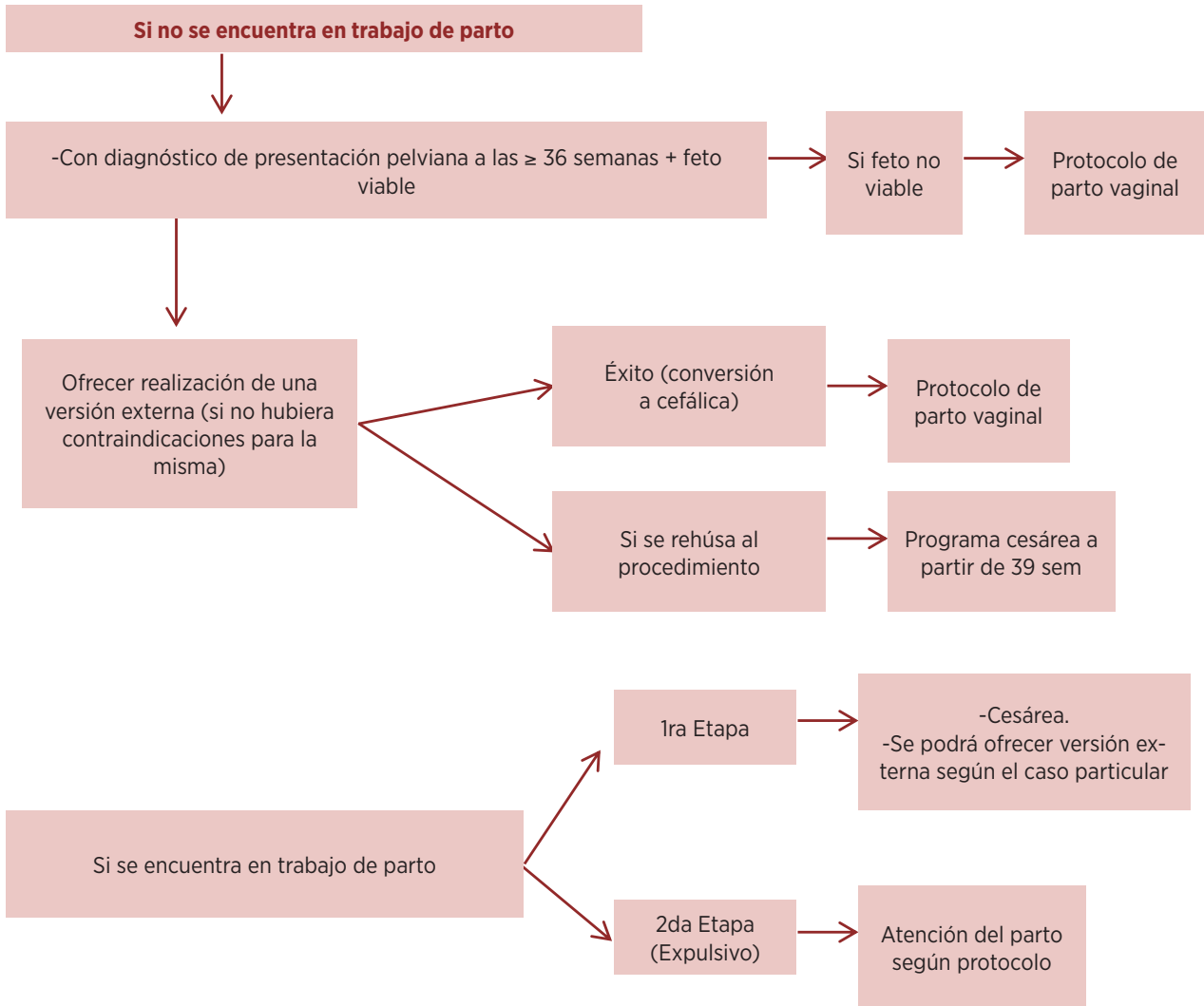
Versión Externa

Versión Externa - Condiciones: Feto único en presentación no cefálica \geq a 36 sem, Ausencia de contraindicaciones para parto vaginal, Ecografía con biometrías recientes (menos de dos semanas), bienestar fetal documentado con estudio Doppler o monitoreo no estresante.

Versión Externa - Contraindicaciones

- **Absolutas:** Gestación múltiple (Se puede considerar en el 2º gemelo tras el parto del primero), Anomalías de placentación, Infecciones maternas activas (HIV, VHB, VHC), Isoinmunización RH, Amniorrhexis, Trastornos de coagulación (incluye tratamiento con heparina), Malformación fetal que dificulte o contraindique parto vaginal, o uterina significativa, Feto CIR II (queda excluido el CIR II por arterias uterinas).
- **Relativas:** Cesárea anterior, Hiperextensión de la cabeza, Preeclampsia, Trabajo de parto ya iniciado, Oligoamnios

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTE CON UNA CESÁREA ANTERIOR

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O80	Parto
O75	Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas
O75.7	Parto vaginal posterior a una cesárea previa

DEFINICIONES

PARTO VAGINAL POST-CESÁREA (PVPC)	<ul style="list-style-type: none"> Parto por vía vaginal de un feto mayor a 20 semanas que se realiza en mujeres con una cesárea previa.
RUPTURA UTERINA	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de la solución de continuidad de las paredes uterinas, la cual puede ser parcial o total.
PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 6 meses entre embarazos y 18 meses entre nacimientos.

MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA

La seguridad de un trabajo de parto controlado en los partos con una cesárea previa constituye una de las estrategias efectivas para disminuir el índice de cesáreas.

El manejo de la paciente con dos o más cicatrices uterinas (por cesáreas) es motivo de controversia y se desaconseja intentar el parto vaginal en estas pacientes. El intento de parto por vía vaginal en estas pacientes probablemente termine con éxito (62-89%), pero está asociado con un mayor riesgo de rotura uterina (0-3.7%).

Disminuir el porcentaje de cesáreas ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cesárea probablemente no sea la medida óptima. Sería más conveniente evitar las cesáreas en primigestas, y ofrecer y promover una prueba de parto vaginal segura a pacientes con una cesárea anterior segmentaria transversa sin contraindicaciones obstétricas.

TRATAMIENTO DEL PVPC

PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESÁREA PREVIA. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
CONTROL PRENATAL DE LA PACIENTE CON CESÁREA ANTERIOR			
1. Realice las mismas acciones que para el control del embarazo de bajo riesgo.	X	X	X
2. Averigüe la causa de la cesárea previa y hace cuánto tiempo se realizó. Además, de ser posible, datos de la antropometría neonatal, peso del neonato nacido por cesárea y estimación del peso fetal actual.	X	X	X
3. Oriente a la paciente y a sus familiares sobre las múltiples ventajas y los riesgos de un parto vaginal después de una cesárea (el riesgo de rotura uterina oscila entre un 0,2 a 0,8%).	X	X	X
4. Determine condiciones para intentar parto vaginal post-cesárea (PVPC): <ul style="list-style-type: none"> Relación céfalo pélvica adecuada. Presentación cefálica. Peso fetal estimado igual o inferior al producto de embarazos previos terminados en parto vaginal. Descartar que el peso fetal estimado no sea \geq Percentil 90, para la edad gestacional, en embarazos de término. Investigar el motivo de la cesárea previa: si la incisión en útero fue segmentaria transversa. Si se desconoce el tipo de incisión previa considerar: <ul style="list-style-type: none"> Si feto fue menor a 32 semanas y/o infección posterior a la cesárea, o si la indicación fue una placenta previa oclusiva o situación transversa: Manejar como si se hubiese hecho una incisión corporal. En caso de indicación por otras causas: Manejar como si tuviera cicatriz uterina segmentaria transversa. Si no dispone de esta información: considere por seguridad la realización de una cesárea iterativa. Descartar otras cicatrices uterinas o roturas previas. Médico capacitado para practicar cesárea de urgencia. Se cuenta con anestesia, personal e infraestructura para una cesárea. Disponibilidad de hemoderivados. 		X	X

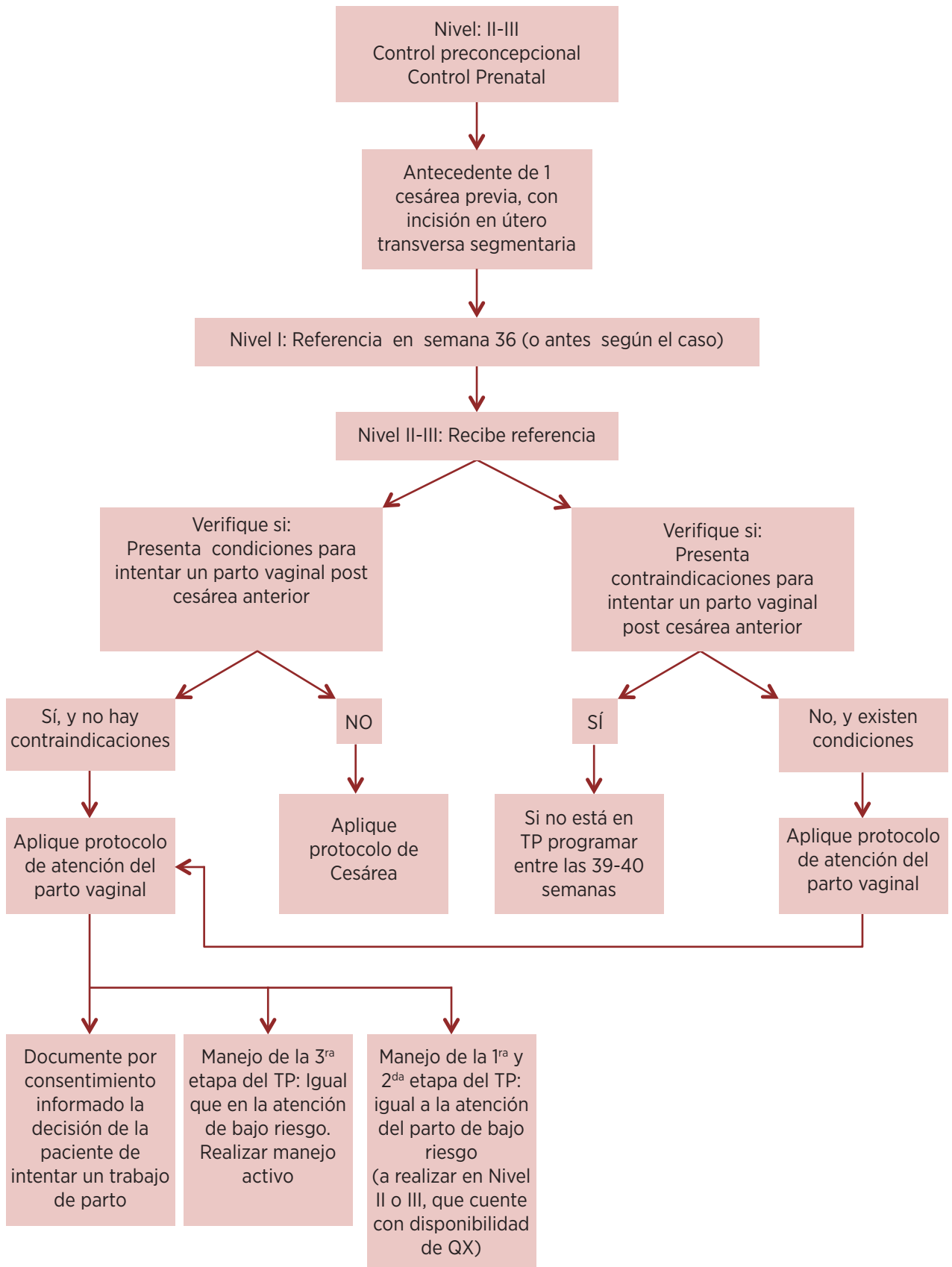
Determine contraindicaciones para parto vaginal Post-Cesárea (PVPC): <ul style="list-style-type: none"> • Presentación no cefálica. • Embarazo múltiple. • Cesárea previa con incisión uterina: corporal, incisión en T invertida, incisión segmentaria vertical. • Cesárea previa antes de las 32 semanas. • Dolor en el sitio de la cicatriz uterina previa. • Antecedente de cirugía uterina con entrada a la cavidad endometrial (miomectomía, útero doble) o procedimiento endouterino con perforación (legrado, histeroscopia). • Antecedente de ruptura uterina. 	X	X	X
En los casos sin condiciones para intentar parto vaginal post-cesárea y/o con contraindicaciones para el mismo: programar cesárea electiva entre las 39 y 40 semanas.		X	X
6. Documente por consentimiento informado la decisión de la paciente de intentar un trabajo de parto / parto luego de cesárea previa.		X	X
MANEJO DE LA PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POSCESÁREA (PVPC).	NIVEL		
7. NO DIFIERE DE LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO, PERO ESTÁ RESERVADA EXCLUSIVAMENTE PARA EL NIVEL QUE CUENTE CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA DE QUIRÓFANO (NIVEL II – III).		X	X
8. Coloque una vía venosa permeable 16 – 18G desde el inicio de la fase activa del trabajo de parto.		X	X
9. Durante el expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo y/o la compresión abdominal del fondo uterino (Maniobra de Kristeller).		X	X
10. Evitar en lo posible la utilización de fórceps o ventosa obstétrica, salvo indicación médica.		X	X
11. Proceda a realizar una cesárea urgente si: <ul style="list-style-type: none"> • la paciente presenta descompensación hemodinámica • dolor intenso de la herida previa • taquisistolia o hipertonía • sospecha de alteración del bienestar fetal 		X	X
ATENCIÓN DEL LA TERCERA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POST-CESÁREA (PVPC)	NIVEL		
12. No difiere de la atención del parto de bajo riesgo. Se debe realizar Manejo Activo de la Tercera Etapa del Trabajo de Parto.		X	X
13. Mantenga vigilancia estricta por 2 horas posparto inmediato.		X	X
ATENCIÓN DEL POSTPARTO VAGINAL POSCESÁREA (PVPC)	NIVEL		
14. No difiere del protocolo de manejo del parto de bajo riesgo. No realice revisión digital de la herida por vía cérvico-vaginal si la paciente no presenta sangrado vaginal o alteración hemodinámica.		X	X
MANEJO DE LA PACIENTE CON DOS O MÁS CESÁREAS ANTERIORES.	NIVEL		
15. Se desaconseja intentar parto vaginal en pacientes con dos o más cicatrices uterinas (cesáreas).		X	X
16. Si la paciente llega en período expulsivo, manejo similar al protocolo de paciente con una cesárea previa.		X	X

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE RUPTURA UTERINA

- Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal
- Cese o incoordinación de la dinámica uterina aún con uso de oxitocina
- Falta de progresión del trabajo de parto
- Sangrado vaginal anormal
- Hipertonía uterina
- Hematuria Franca
- Hipersensibilidad suprapúbica súbita
- Dolor abdominal intenso y constante, el cual continúa entre contracciones
- Taquicardia materna, hipotensión o choque.
- Dolor referido a hombro o dolor a nivel del tórax
- Dificultad respiratoria de inicio súbito
- Cambios en la morfología uterina
- Pérdida de la altura de la presentación

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo del parto vaginal tras una cesárea anterior



POLIHIDRAMNIOS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
040	Polihidramnios, Otros trastornos del Líquido amniótico y las membranas.
041	Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas.

DEFINICIONES

POLIHIDRAMNIOS	<p>Es el acúmulo excesivo de líquido amniótico usualmente mayor de 2 000 ml, cuyo diagnóstico es ecográfico y que en general conlleva un aumento de riesgos que pueden complicar un embarazo. El mejor criterio para el diagnóstico es el valor del índice de líquido amniótico.</p> <p>ETIOLOGÍA</p> <p>La más frecuente es idiopática (60%).</p> <p>Causas fetales: anomalías fetales (Atresia del tracto esofagogastrointestinal, Neurológicas, Hernia diafragmática, Gastroquisis, Acondroplasia), hidrops fetal, TORCH, otros</p> <p>Causas maternas: Diabetes mellitus, Isoinmunización, otros</p> <p>Causas placentarias: corioangioma.</p>
-----------------------	--

CLASIFICACIÓN

SEGÚN EL MOMENTO DE INSTAURACIÓN:

Polihidramnios agudo comienza bruscamente, ocurre usualmente en el segundo trimestre (antes de las 24 semanas de gestación) y se caracteriza por una rápida acumulación de líquido amniótico en pocos días, que puede conducir a parto prematuro y aborto.

Diferenciar de: Mola Hidatiforme, Retención de orina (Globo vesical), Desprendimiento placentario sin exteriorización del sangrado.

Polihidramnios crónico se inicia más tardíamente, hacia el séptimo mes de gestación, y tiene una evolución más lenta, lo que hace que el embarazo sea más tolerable, aunque aumenta también significativamente la probabilidad de parto prematuro.

Diferenciar de: Embarazo múltiple, Ascitis, Quiste de ovario.

SEGÚN CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:

CUANTIFICACION DE LÍQUIDO AMNIOTICO

1. Gestación única.

Técnica: de los cuatro cuadrantes (Phelan).

Parámetro: índice de líquido amniótico (ILA). El resultado es referido en centímetros, y se puede expresar con o sin unidades, las dos maneras son correctas (ej. ILA 23, o ILA 23 cm). Los valores de normalidad idealmente se encuentran en una tabla de percentiles según edad gestacional, sin embargo, a fines prácticos podemos utilizar la siguiente tabla:

Valores y límites de normalidad.

- < 2 oligoamnios severo
- < 5 oligoamnios
- 5-7 límite inferior de normalidad
- 8-18 normalidad ecográfica del LA
- 19-24 valores límite superior
- Igual o mayor a 25 polihidramnios
- 25 a 30: leve
- 31 a 40: moderado
- Más de 40: severo

También se puede emplear la técnica de la columna máxima, bosillo máximo o bolsón mayor (BM). Recomendado en base a estudios RCT y revisiones sistemáticas.

2- Gestación múltiple.

Técnica: De la columna máxima o bolsón mayor (BM).

Parámetro: Bolsón mayor de LA. El resultado es referido en centímetros, y se puede expresar con o sin unidades, las dos maneras son correctas (ej. BM 7 / 8, o BM 7 cm / 8 cm).

Valores y límites de normalidad.

- <1 Oligoamnios severo
- 1-2 Oligoamnios moderado
- 2-8 Normalidad ecográfica del BM
- >8 polihidramnios
- >12 polihidramnios grave

DIAGNÓSTICO DE POLIHIDRAMNIOS SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Percepción materna de disminución de movimientos fetales. Percepción materna de aumento excesivo del tamaño del abdomen. Dificultad respiratoria en la gestante por elevación del diafragma Contracciones uterinas espontáneas. Dolor abdominal y muslos.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Sobre distensión del útero y del segmento uterino a la palpación y al tacto. Cérvix alargado pero reblandecido. Altura uterina mayor que la que corresponde para la edad gestacional. Dificultad para delimitar al feto con las maniobras de Leopold o incapacidad para palpar partes fetales. Peloteo fácil de partes fetales (Signo del tímpano). Tonos cardíacos están apagados. El diagnóstico clínico de polihidramnios siempre debe ser confirmado mediante ecografía.
EXÁMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> Rutina laboratorial (hemograma, glicemia, TTOG, urea, creatinina, ácido úrico, perfil hepático) Tipificación. TP, TTPA, plaquetas. Test rápido VDRL, HIV. TORCH Hepatitis B Chagas. Test de Coombs, Pesquisa de anticuerpos irregulares (PAI) sobretudo en caso de Hidrops.
ECOGRAFÍA	Confirma el diagnóstico de polihidramnios. Descarta los diagnósticos diferenciales y estudia las posibles causas.

TRATAMIENTO DEL POLIHIDRAMNIOS

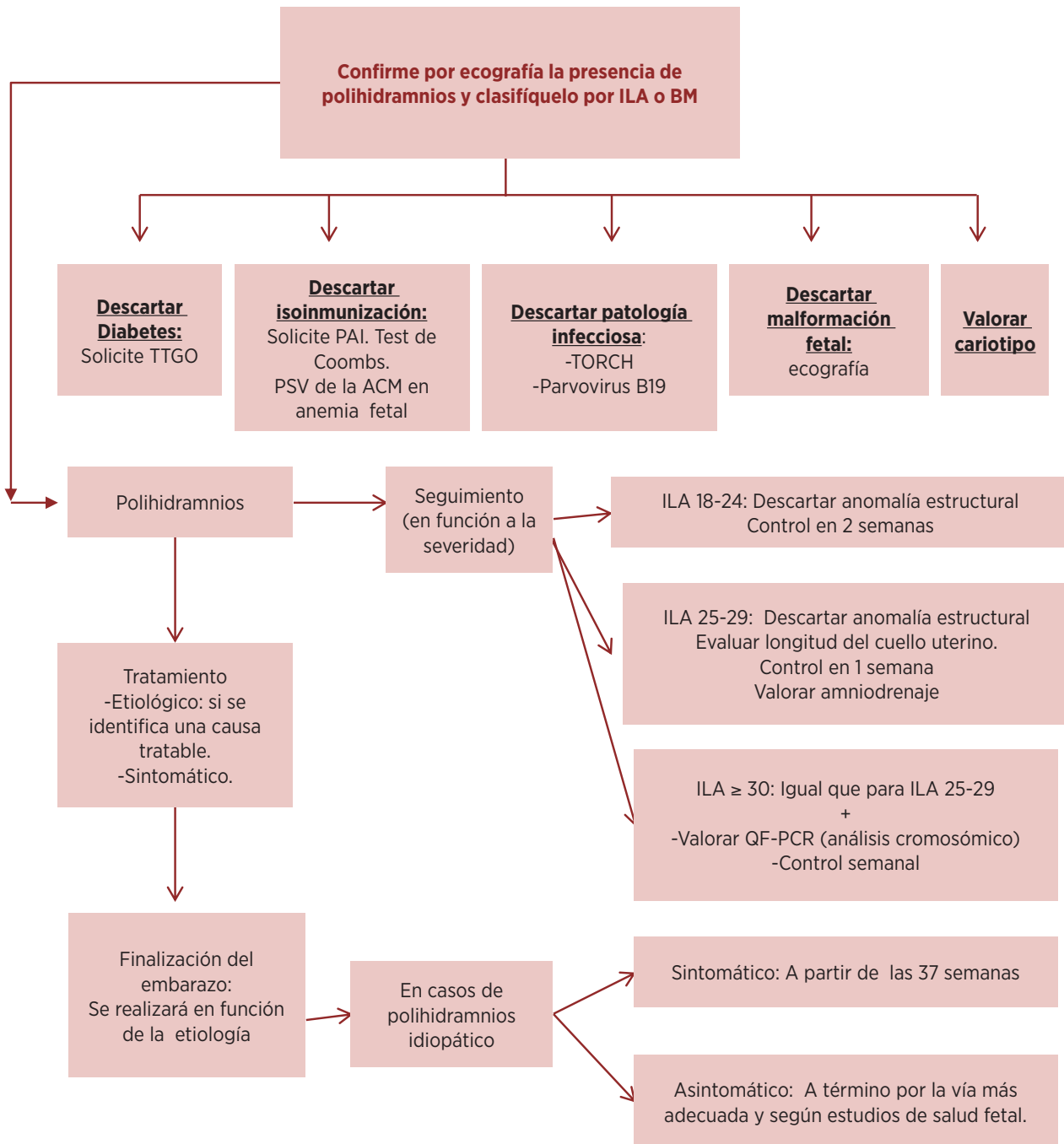
PROTOCOLO DE MANEJO DEL POLIHIDRAMNIOS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES			
1. Reciba con calidez a la mujer en el servicio y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal. Explique a la mujer (y a la persona que le acompaña) lo que va a realizar y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes	x	x	x
2. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	x	x	x
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial.	x	x	x
4. Verifique si la paciente tiene Historia Clínica Perinatal, actualice los datos y si no tiene, llene de manera completa.	x	x	x
5. Asegúrese de solicitar y tener registrado los estudios laboratoriales y ecográficos.	x	x	x
6. Realice la evaluación clínica de la paciente que incluya: presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en Escala de Alerta Precoz.	x	x	x
8. Realice una evaluación clínica obstétrica que incluya: altura uterina como un cálculo aproximado del tamaño fetal y de la edad gestacional. Comparar el resultado con la edad gestacional por FUM y por ecografía.	x	x	x
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal. Confirme signo del tímpano.	x	x	x
10. Ausculte la frecuencia cardíaca fetal por un minuto con cualquier método.	x	x	x
12. Realice examen o tacto vaginal. Valore Índice de Bishop y valoración de la pelvis para descartar DCP.	x	x	x

13. CONFIRME POR ECOGRAFÍA LA PRESENCIA DE POLIHIRAMNIOS Y CLASIFIQUELO POR EL ILA Y/O BM según el caso.		X	X
14. Explique el problema a la mujer y a su familia. Brinde apoyo emocional.	X	X	X
15. Con el diagnóstico de Polihidramnios: a. Descartar diabetes: Solicitar TTOG. b. Descartar isoimmunización: Solicitar Test de Coombs y Pesquisa de anticuerpos irregulares (PAI). Para valorar la anemia se podrá utilizar la medida de la Velocidad del Pico Sistólico (PSV) con un EcoDoppler de la ACM Fetal. c. Descartar patología infecciosa: Solicitar serologías para TORCH, Hepatitis B, Chagas, LUES, Parvovirus B19. d. Descartar malformación fetal: Realizar ecografía de alta resolución. e. Valorar cariotipo: El riesgo de aneuploidía dependerá de las anomalías asociadas.	X	X	X
16. Explique a la paciente las opciones de tratamiento y los pasos a seguir.	X	X	X
SEGUIMIENTO: El control del polihidramnios se realizará en función de la severidad.		X	X
ILA 18-24 (límite alto de la NORMALIDAD) • Descartar anomalía estructural. • Control en dos semanas para evaluar evolución. Si estable, control obstétrico habitual.		X	X
ILA 25-29 • Realizar el estudio descrito previamente. • Evaluación de longitud cervical por ecografía transvaginal. • Control en una semana para valoración de los resultados del estudio y evolución del polihidramnios. Si estable, control cada 2 semanas. • Valorar amniodrenaje (amniocentesis) según disconfort de la paciente.		X	X
ILA ≥30 • Realizar estudio descrito previamente. • Evaluación de longitud cervical por ecografía transvaginal. • Valorar amniodrenaje (amniocentesis para reducción del LA). • Valorar QF-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa Cuantitativa Fluorescente) para análisis cromosómico convencional. • Control semanal		X	X
TRATAMIENTO: puede ser etiológico o sintomático: Etiológico: Cuando se identifica una causa potencialmente tratable intraútero. Sintomático: Cuando no exista una causa definida de polihidramnios o ésta no es tratable intraútero. Se valorará realizar tratamiento sintomático con la intención de disminuir la cantidad de líquido amniótico.		X	X
Amniodrenaje: es un tratamiento sintomático para disminuir la sintomatología materna y la amenaza de parto prematuro. No se realizarán amniodrenaje más allá de la semana 35. Realizar amniodrenaje en: • Polihidramnios con ILA ≥ 30 y longitud cervical inferior a 15 mm ó dinámica uterina materna clínica. • Disconfort materno importante (sensación de disnea o DU clínica) independientemente de la severidad del polihidramnios.		X	X
Los fármacos inhibidores de las prostaglandinas (INDOMETACINA), deben limitarse y en cualquier caso es siempre un tratamiento de segunda línea. Indometacina dosis de 50 mg/8 -12 horas durante un período máximo de 5-7 días. • En gestaciones < 30 semanas se individualizará su uso, se realizará bajo control ecocardiográfico en 24-48 horas para detectar precozmente una posible restricción del ductus arterioso. En caso de que aparezca se debe suspender el tratamiento. • En gestaciones > 30 no están indicados salvo en situaciones excepcionales y valoradas de forma individual.		X	X
FINALIZACIÓN del embarazo: se decidirá en función de la etiología del polihidramnios. En los casos de polihidramnios idiopáticos se decidirá en función de la clínica materna: • Sintomático: a partir de las 37 semanas • Asintomático: Si bien se considerará como gestación de alto riesgo su interrupción se hará a término, por la vía más adecuada y según estudios de salud fetal.		X	X

TÉCNICA DE AMNIODRENAJE	I	II	III
11. Ingreso de la paciente y colocación de vía periférica. Verificación del estado serológico materno.			x
12. En caso de que la paciente presente dinámica uterina clínica antes, durante o tras el procedimiento se realizará tratamiento tocolítico con nifedipino a dosis habituales durante 24 horas.			x
13. Maduración pulmonar fetal según protocolo específico.			x
14. Administración de antibiótico profiláctico de forma sistemática: Cefazolina 2g EV 1-2 horas antes (si alergia a betalactámicos: Eritromicina 500 mg o Vancomicina 1 g EV).			x
15. Paciente en decúbito semilateral (para evitar hipotensión materna) y siempre bajo visión directa por ecografía durante todo el proceso.			x
16. Localizar el BM de líquido amniótico, evitando la zona fúndica por el riesgo de dislocación al descender el útero.			x
17. Asepsia estricta de la zona y colocación de tallas estériles delimitando la zona donde se realizará la punción.			x
18. Aguja de calibre 18 G y aspiración (con sistema de vacío) a la máxima velocidad que permita el calibre de la aguja.			x
19. Extracción de líquido hasta conseguir un ILA inferior a 20 (o tender a la normalidad).			x
20. Si edad gestacional es viable realizar control Monitoreo Fetal No Estresante (NST) 1 hora post- procedimiento.			x

OBS: Si el feto es maduro se realizará el parto por la vía más adecuada. La amniotomía controlada, puntiforme, con salida en forma lenta del líquido amniótico, es recomendada para evitar el prolapso de cordón umbilical o el desprendimiento placentario ante la evacuación uterina aguda.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



PROLAPSO Y PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 69	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR PROBLEMAS DEL CORDÓN UMBILICAL
O 69 0	Trabajo de parto y parto complicados por prolapso del cordón umbilical
O 69 8	Trabajo de parto y parto complicados por otros problemas del cordón umbilical
O 69 9	Trabajo de parto y parto complicados por problemas no especificados del cordón umbilical

DEFINICIONES

PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL	Accidente en el cual el cordón umbilical, luego de la ruptura de membranas, sea espontánea o artificial, se proyecta a través del cuello uterino delante de la presentación.
PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL	Descenso del cordón umbilical al segmento uterino inferior junto o por delante de la presentación, sin ruptura de membranas. Alto riesgo de prolapso con la ruptura espontánea de membranas. El procúbito o cordón oculto (lateral a la presentación) puede pasar inadvertido a menos que se evidencie con patrones de compresión en la frecuencia cardíaca fetal (desaceleraciones variables) durante el trabajo de parto.

DIAGNÓSTICO DE PROLAPSO Y PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL
SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con trabajo de parto. • Antecedente de ruptura de membranas. • Antecedentes de visualización de cordón umbilical en vulva.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad uterina o no con la presencia de dilatación cervical. • Presencia del cordón umbilical fuera de la vulva. • Palpación del cordón umbilical en la vagina. • Palpación del cordón umbilical a través de las membranas no rotas. • Signos de compromiso del bienestar fetal como: taquicardia (más de 160 latidos por minuto), bradicardia (menos de 110 latidos por minuto). • Muerte fetal con ausencia de movimientos, no auscultación de frecuencia cardíaca fetal y no palpación de latidos de los vasos del cordón umbilical.
MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo fetal puede evidenciar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal provocadas por la compresión del cordón umbilical que determine compromiso del bienestar fetal. • Durante las contracciones se pueden presentar desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal (DIP III) con pronto retorno a la frecuencia cardíaca fetal normal. • Cuando la compresión es completa y prolongada las desaceleraciones variables se vuelven persistentes, severas y puede aparecer bradicardia.

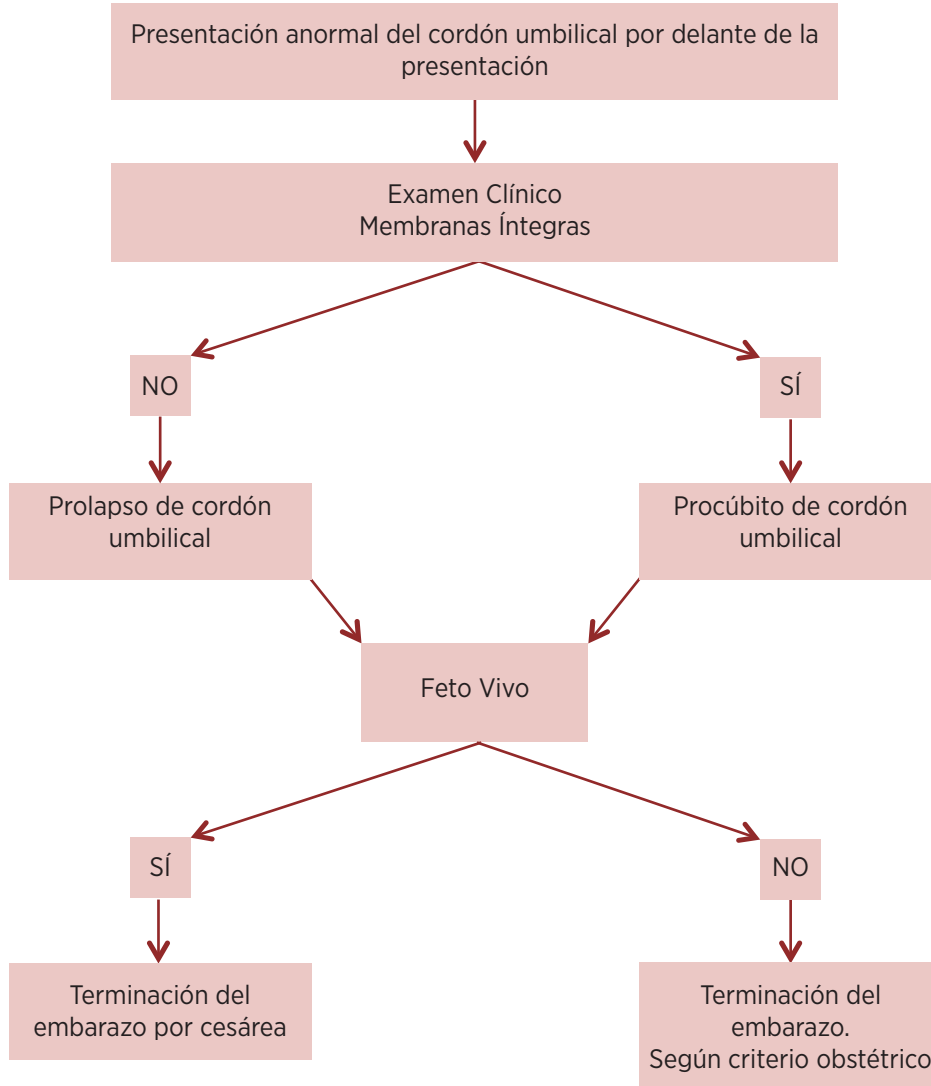
TRATAMIENTO DEL PROLAPSO Y PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL

- El Nivel I es el encargado del conocimiento de la patología y de la referencia oportuna, y en condiciones adecuadas al Nivel Superior II y III.
- Los Niveles II y III son los encargados de atender este procedimiento.

PROTOCOLO DE MANEJO DEL PROLAPSO Y PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)		NIVEL		
		I	II	III
1.	En toda mujer embarazada en trabajo de parto o por RPM en el momento oportuno realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
2.	Determinar: <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación cervical. • Borramiento cervical. • Consistencia del cuello. • Posición del cuello. • Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. • Estado de las membranas y verificación de salida de líquido amniótico, sangrado o tapón mucoso. • Coloración del líquido amniótico. (si hay RPM). • Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. 	X	X	X
3.	Si durante el tacto vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Se palpa a través de las membranas el cordón umbilical por delante de la presentación (PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL), o • Se verifica la salida del cordón umbilical fuera del cuello uterino, (PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL) y constatación de latido en los vasos de cordón umbilical, • NO RETIRE LOS DEDOS DE LA VAGINA HASTA LA CONCLUSIÓN DEL CASO, PARA EVITAR QUE SE PROLAPSE AUN MÁS Y SE COMPROMETA LA CIRCULACION FETAL. • NO CAMBIE DE MANO NI DE EXAMINADOR. • SI DEBE SER DERIVADA A OTRO SERVICIO DE MAYOR COMPLEJIDAD, LA MANO DEL EXAMINADOR DEBE PERMANECER EN LA VAGINA LEVANTANDO LA PRESENTACIÓN, A FIN DE EVITAR LA COMPRESIÓN DEL CORDÓN. • EL EXAMINADOR DEBERÁ IR MONTADO SOBRE LA CAMILLA, ENTRE LAS PIERNAS DE LA PACIENTE. 	X	X	X
4.	Disponga el ingreso urgente al servicio para una cesárea urgente o disponga la referencia inmediata a otro servicio de mayor complejidad, en condiciones estables; envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal. <ol style="list-style-type: none"> NO INTENTE RESTITUIR EL CORDÓN UMBILICAL POR SER UNA MANIOBRA INÚTIL E INEFICAZ. DURANTE LA TRANSFERENCIA SE DEBE PERMANECER RECHAZANDO LA PRESENTACIÓN PARA EVITAR LA COMPRESION DE CORDÓN UMBILICAL HASTA REALIZAR LA CESÁREA. 	X	X	X
Si el feto NO es viable o tiene LCF negativo, sin importar la edad gestacional:		NIVEL		
5.	Considere terminación inmediata de embarazo por parto vaginal o parto por cesárea según criterio obstétrico.	X	X	X
Si el feto es viable y se constata LCF o latido de los vasos umbilicales.		NIVEL		
6.	MEDIDAS GENERALES: <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la gestante en posición genupectoral (CON LAS PIERNAS FLEXIONADAS SOBRE EL TORSO) o trendelemburg (CON SOSTÉN POR DEBAJO DE LA REGIÓN LUMBOSACRA), mientras el examinador aplica presión hacia arriba de la presentación fetal hasta que se completen los preparativos para una cesárea urgente. • Administre oxígeno por bigotera a 4 l/min o mascarilla a 10 l/min, hasta el inicio de la anestesia. 	X	X	X
7.	Comunique el caso al Servicio de Neonatología y Anestesiología para una cesárea urgente y reanimación neonatal. <ol style="list-style-type: none"> EN CASO DE DERIVACIÓN A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD, COMUNIQUE PREVIAMENTE EL TRASLADO A FIN DE TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS A LA ESPERA DE LA PACIENTE. 		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Manejo de prolapso y procúbito de cordón umbilical



RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
P05	Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal.
P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.

DEFINICIONES

Feto pequeño para la edad gestacional (PEG)	Feto con peso fetal estimado (PFE) por ecografía <p10 y mayor a 3 de normalidad para edad gestacional. No necesariamente implica un proceso patológico. Códigos unificar el criterio Hadlock 4 que implica DBP, CC, CA y LF
Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU)	Condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento. Subgrupo de fetos pequeños para la edad gestacional. Implica un proceso patológico. Peso fetal por debajo del p 3 o un peso por debajo de p 10 con alteración de la arteria uterina, y o flujo cerebro umbilical.

DIAGNÓSTICO DE RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
SOSPECHA CLÍNICA	Historia clínica para restricción: hipertensión, diabetes enfermedad autoinmunes, cardiopatías, desnutrición, etc. RCIU en embarazos anteriores, embarazo gemelar. Doppler de la arteria uterina IP medio mayor a p95 en ecografía de primer y segundo trimestre. Se debe medir altura uterina desde las 26 semanas de gestación. Ante hallazgo de altura uterina <p10 solicitar ecografía obstétrica para estimación de peso fetal.=
DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO	1. Determinar edad gestacional por método de mayor precisión. Usar ecografía del primer trimestre (con medición de LCC). 2. Estimación del peso a partir de biometría fetal, según fórmula de Hadlock 2 o 4 implica DBP, CC, CA y LF 3. Cálculo de percentil de peso fetal estimado considerando sexo y número de fetos.
	Ante hallazgo de peso fetal estimado <p10 proceder a protocolo de estudio de fetos pequeños para la edad gestacional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pequeño para la Edad Gestacional vs RCIU.

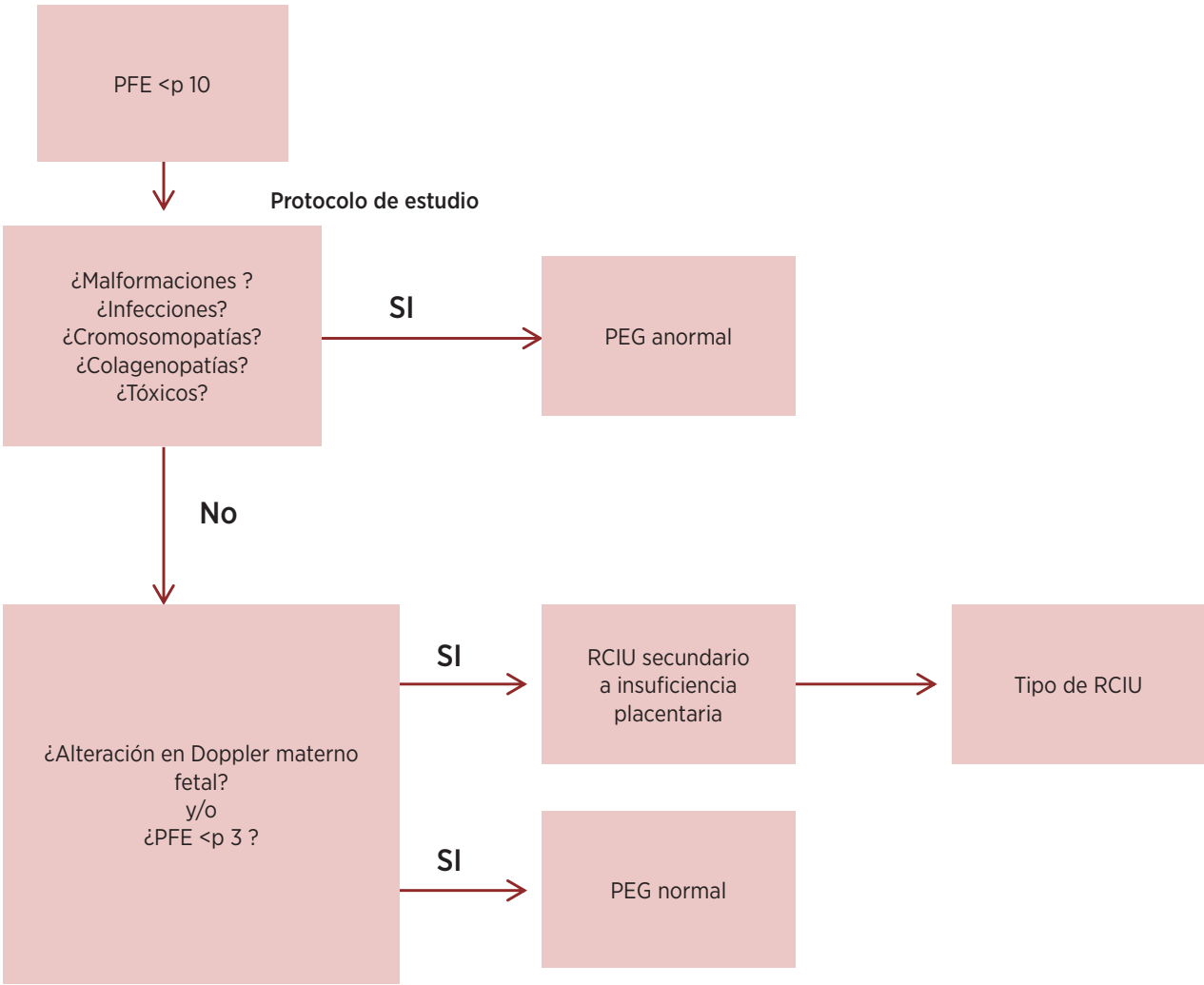
MANEJO DE LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Protocolo de estudio de fetos pequeños para la edad gestacional	NIVEL		
	I	II	III
1. Doppler y percentil de las variables estudiadas: IP medio de Arterias Uterinas • IP Arteria Umbilical (AU) • IP Arteria Cerebral Media (ACM) • Cálculo de Índice Cerebroplacentario (IP ACM/ IP AU) • IP Ductus Venoso (DV) • (AUt) 2. Exploración ecográfica de morfología fetal. Individualizado según caso. 3. Tamizaje de anomalías cardíacas fetales. Individualizado según caso. 4. Infecciones: TORCH, Parvovirus B19, protozoarios, ZIKA 5. Laboratorio de preeclampsia, individualizado según el caso 6. Colagenopatías: LES, Síndrome antifosfolípido. Individualizado según caso. 7. Toxicología. Individualizado según caso. 8. Neurosonografía. Resonancia Magnética Nuclear fetal. Individualizado según caso. 9. Cariotipo. Individualizado según caso. Posterior a finalización de Protocolo de estudio proceder a clasificación del caso.		X	X
2. Clasificación Según hallazgo que clasifique el caso en clase de mayor severidad. A) PEG normal: PFE \geq p3 y <p10 + todas las pruebas de protocolo de estudio normales. B) PEG anormal: PFE <p10 con anomalía anatómica, genética o infecciosa.		X	X

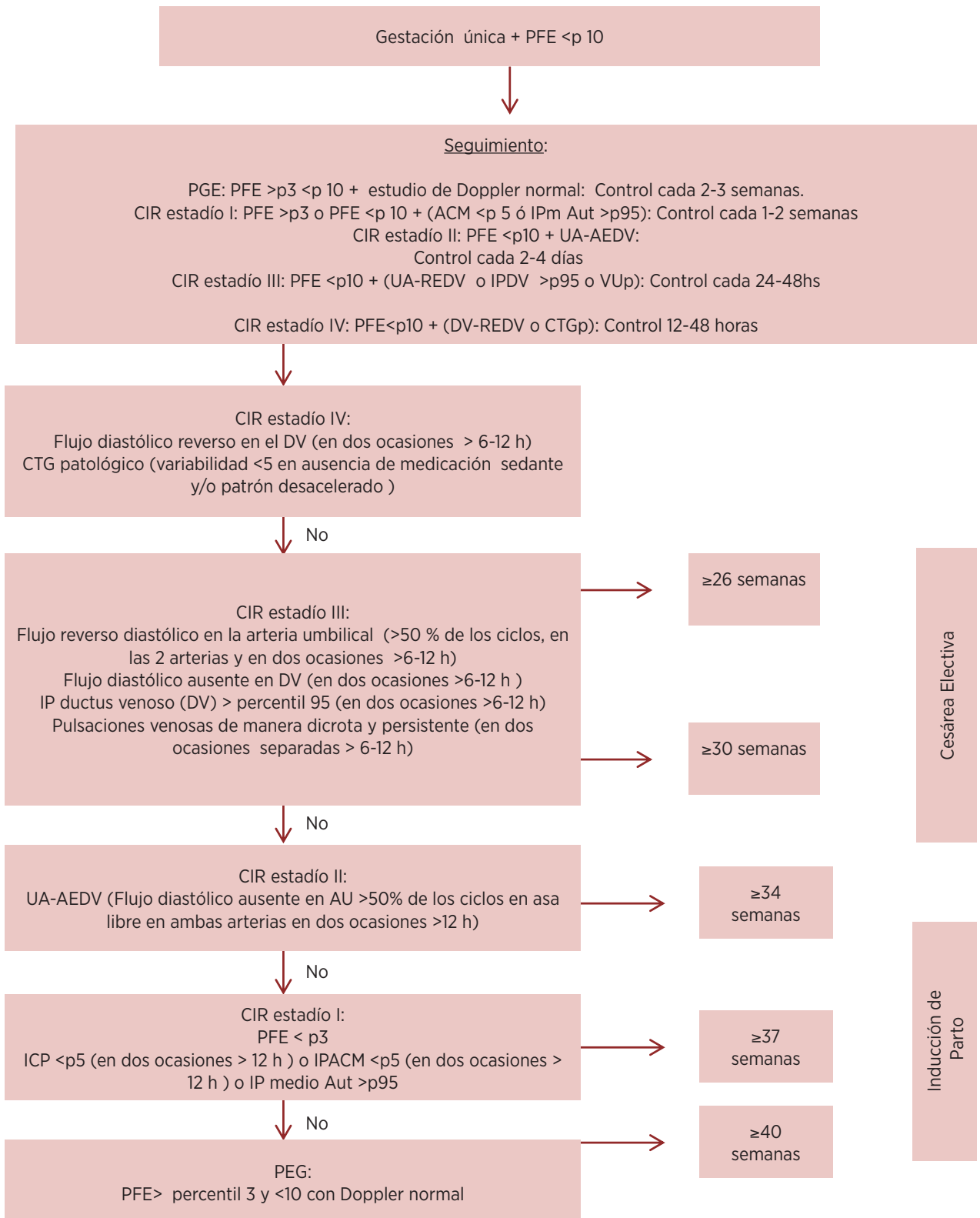
<p>C) RCIU: por debajo del percentil 3 o por debajo de p 10 con alteración del Doppler. RCIU PRECOZ O TARDIO dependiendo de las semanas de inicio: Precoz hasta 32 semanas. Tardíos a partir de las 33 semanas.</p> <p>Estadio I: Alguno de los siguientes criterios, pequeño severo o insuficiencia placentaria moderado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PFE <p3 • ICP <p5 (en dos ocasiones > 12h) • IP ACM<p5 (en dos ocasiones > 12h) • IP medio AUt >p95 		X	X
<p>Estadio II: insuficiencia placentaria severa + flujo diastólico ausente en AU (en >50% de ciclos, en asa libre, en ambas arterias, en dos ocasiones > 12h) Itsmo aórtico reverso</p>		X	X
<p>Estadio III :(Sospecha de acidosis fetal) + alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujo reverso diastólico en la AUt (en >50% de ciclos, en asa libre, en ambas arterias, en dos ocasiones > 12h) • IP DV >p95 (en dos ocasiones > 12h) 		X	X
<p>Estadio IV: (Altas probabilidades de acidosis fetal) + alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro cardiotocográfico (CTG) patológico (variabilidad <5 en ausencia de medicación sedante y/o patrón desacelerativo) • Flujo diastólico reverso en el DV. <p>Monitoreo fetal con patrón de variabilidad ausente o silente o desaceleraciones tipo II o variables graves.</p>		X	X
POSTERIOR A CLASIFICACIÓN PROCEDER A MANEJO SEGÚN APARTADO DE CONDUCTA OBSTÉTRICA		NIVEL	
<p>Conducta Obstétrica Seguimiento con perfil biofísico y Doppler en todos los estadios PEG: Cada 2 semanas, interrupción del embarazo a término y elección de vía de parto individualizando según cada caso. RCIU I: Cada semana, interrupción a partir de las 37 semanas, según cada caso, control estricto de latidos en caso de trabajo de parto. RCIU II: Cada 2-3 días e interrupción a partir de la semana 34, cesárea electiva. RC III: Cada 24-48 horas, cesárea electiva, a partir de las 30 semanas, alto riesgo de Muerte Fetal. RCIU IV: Cada 12-24 horas, cesárea electiva, sobre 26 semanas. Muerte fetal inminente.</p>		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Internación si RCIU estadio II, III o IV. <p>En gestación de pretérmino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticoides y Neuroprotección con Sulfato de Magnesio según protocolos específicos. <p>MADURACIÓN PULMONAR FETAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SI EL EMBARAZO ES > 24 SEMANAS, HASTA LAS 34,6 SEMANAS: - Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis) (primera elección) Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis) <p>NEUROPROTECCIÓN FETAL.</p> <p>SI EMBARAZO < 32 semanas y >24 semanas con posibilidad de nacimiento en las siguientes 24 horas iniciar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfato de Mg: <ul style="list-style-type: none"> - CARGA: 8cc (4 gr) diluido en 12 cc. de suero fisiológico, en jeringa de 20 cc. administrado en 20 minutos, EV. - MANTENIMIENTO: Mantener la perfusión de mantenimiento hasta el parto o hasta 12 horas. La dosis de mantenimiento se puede administrar por bomba de infusión, volutrol o directamente con equipo macrogotero utilizando el siguiente esquema: <ul style="list-style-type: none"> • 92 cc de Solución fisiológica + 8 cc de SMg al 50%, en goteo macro de 9gts por minuto (1gr /h) goteo para 4 hs <p>En caso de Cesárea Programada: Administrar 4 horas antes de la intervención.</p> <p>OBS: Si la restricción del crecimiento se presenta con una pre eclampsia grave se debe aumentar un estadio más en término de seguimiento.</p>			X

<p>Finalización de la gestación</p>			<p>X</p>
<p>Individualizado según caso. PEG finalización a partir de las 40 semanas. No contraindica parto vaginal. RCIU: Estadio I finalización a partir de las 37 semanas. No contraindica parto vaginal. (Si IP ACM menor a p 5 el riesgo de cesárea urgente es del 50%) Estadio II finalización a partir de las 34 semanas. Cesárea electiva. Estadio III finalización a partir de las 30 semanas. Cesárea electiva Estadio IV finalización a partir de las 26 semanas. Cesárea electiva. Menos de 26 semanas se considera al neonato previsible con probabilidad de supervivencia con secuelas graves mayor al 50%.</p>			

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 42 0	Ruptura prematura de las membranas e inicio del trabajo de parto dentro de 24 horas
O 42 1	Ruptura prematura de las membranas e inicio del trabajo de parto después de 24 horas
O 42 2	Ruptura prematura de las membranas, trabajo de parto retrasado por la terapéutica
O 42 9	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación
O 41 1	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas (Amnionitis, Corioamnionitis, membranitis, placentitis)
O 75 5	Retraso del parto después de la ruptura artificial de las membranas
O 75 6	Retraso del parto después de la ruptura espontánea o no especificada de las membranas

DEFINICIONES

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto independientemente a la edad gestacional.
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE PRETÉRMINO	Es la ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto y antes de las 37 semanas de gestación.
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO	Es la ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto en gestación de ≥ 37 semanas.
CORIOAMNIONITIS	Infección de las membranas ovulares y el líquido amniótico. Cursa con fiebre elevada, líquido fétido o purulento y leucocitosis.

DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> • Salida o pérdida persistente de líquido por vagina. • Pérdida intermitente de líquido o humedad perineal continua. • Averiguar serología para HIV en control prenatal. • Averiguar tiempo de pérdida de líquido.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Examen obstétrico para determinar edad gestacional, actividad uterina y etapa del trabajo de parto. • Frecuencia cardíaca fetal por cualquier método. • Especuloscopia: evidencia de salida de líquido por cérvix y que se acumula en vagina, maniobras de Valsalva producen salida, toma de muestras (pH del fluido vaginal: con papel de Nitrazina pH mayor a 6.5, o Cristalografía del fluido vaginal seco, gram y fresco, según disponibilidad del servicio) previo al tacto vaginal.
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma. • Orina simple y Urocultivo • PCR – VSG (si es prolongada o el parto no es inminente) • HIV (previo consentimiento informado si no consta en historia o carnet prenatal) • Cristalografía: valorar la cristalización en hehecho, siempre antes de realizar tacto vaginal. • ECOGRAFÍA: Puede ser un auxiliar útil, pero no es diagnóstico. • Valora índice de líquido amniótico: Oligoamnios. • Monitoreo fetal electrónico (si tiene disponible en el servicio). • Fibronectina fetal (si estuviera disponible en el servicio): no específico para RPM. • Para los casos en que el diagnóstico de RPM es clínicamente dudoso solicite, si dispone en el servicio: determinación en secreción vaginal de IGFBP-1 Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) o los kits con proteína alfa 1 microglobulina placentaria (PAMG-1).
AMNIOCENTESIS (según disponibilidad en el servicio)	<ul style="list-style-type: none"> • Amniocentesis diagnóstica. En casos muy seleccionados, el diagnóstico definitivo puede realizarse instilando fluoresceína en la cavidad amniótica mediante amniocentesis. La detección de fluoresceína en vagina a los 30-60 minutos confirma el diagnóstico de RPM, aunque pasado este tiempo pierde especificidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Leucorrea
- Tapón mucoso cervical
- Incontinencia urinaria
- Semen
- Oligoamnios de otras causas

Complicaciones posibles de la RPM

- Procidencia de Cordón umbilical
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Parto prematuro
- Sepsis

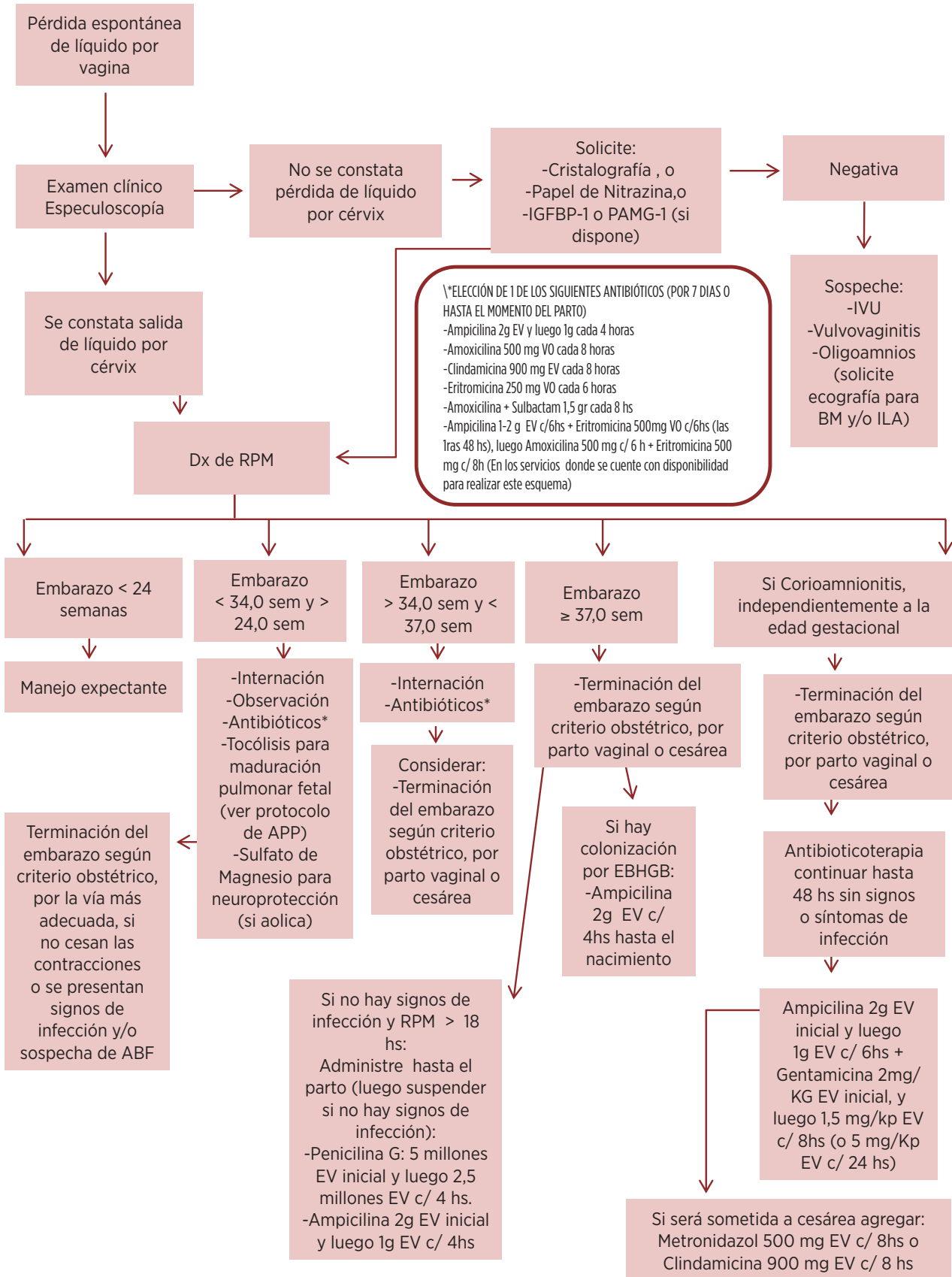
TRATAMIENTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en hoja de escala de alerta precoz.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y Especuloscopia (con espéculo estéril, inspeccionando presencia de cervicitis y prolapso del cordón umbilical o prolapso fetal, evaluando dilatación y borramiento del cuello uterino, y obteniendo muestras para cultivo). NO REALICE TACTO VAGINAL EN ESTE MOMENTO.	X	X	X
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP y TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. Orina simple.	X	X	X
5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
9. Tacto vaginal, en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables (<i>Debido al riesgo aumentado de infección y a que aporta poca información comparada con la que ofrece la especuloscopia, en general se evitará el tacto vaginal, a menos que la paciente impresione estar en trabajo de parto activo o el parto parezca inminente</i>). Determinar con el Tacto Vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación cervical • Borramiento cervical • Consistencia del cuello • Posición del cuello • Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. • Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. • Características del líquido amniótico: color (claro o meconial), olor. • Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal (pelvimetría). 	X	X	X
10. Disponga el ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad con epicrisis o carnet prenatal.	X	X	X
11. Si dispone de ecografía abdominal verifique la cantidad de líquido amniótico (ILA o bolsillo mayor de LA), edad gestacional, peso fetal y placenta (maduración, localización y desprendimientos).		X	X
12. Reposo en decúbito lateral izquierdo y control de pérdida de líquido por apósito en periné.	X	X	X
13. Control de signos vitales y curva térmica cada 6 horas.	X	X	X

<p>SI EMBARAZO DE 37 SEMANAS O DÍAS, O MÁS (De término temprano o Término):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finalización de la gestación por la vía más adecuada según las condiciones cervicales. - Si hay colonización confirmada (vaginal y/o anal) por estreptococo β-hemolítico del Grupo B: administre antibióticos profilácticos para reducir la posibilidad de una infección neonatal (incluso si la mujer recibió antibióticos previamente), con Ampicilina 2 g EV cada 4 horas hasta el nacimiento. - Si no hay signos de infección y las membranas se han roto hace más de 18 horas administre antibióticos profilácticos (incluso si la mujer recibió antibióticos previamente) empleando: Penicilina G 5 millones de unidades EV como dosis inicial y luego 2,5 millones EV cada 4 horas hasta el momento del parto, Ó Ampicilina 2g EV como dosis inicial y luego 1 g EV cada 4 horas hasta el momento del parto. - Si no hay signos de infección después del parto interrumpa los antibióticos. 	X	X	X
<p>SI EMBARAZO > 34 SEMANAS O DÍAS (y menor a 37 semanas 0 días) Pretérmino Tardío:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia con UNO de los siguientes fármacos: <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 2g EV y luego 1g cada 4 horas por 7 días o hasta el parto, ó • Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas por 7 días o hasta el parto, ó • Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en alérgicas a la penicilina, ó • Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto, ó • Amoxicilina + Sulbactam 1,5 gr cada 8 hs por 7 días o hasta el parto. • Cualquiera de los medicamentos + Azitromicina 1gr. VO Dosis Única (Para tratamiento de Ureaplasma Urealiticum) <p>En los servicios donde se cuente con disponibilidad se podrá iniciar con el siguiente esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar las primeras 48 horas con: Ampicilina 1-2 g EV c/6hs + Eritromicina 500mg VO c/6 hs • Continuar durante 5 días con: • Amoxicilina 500 mg (o Ampicilina 500mg) VO c/6hs + Eritromicina 500mg VO c/8hs • Duración total del tratamiento: 7 días 		X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Considere: Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto vaginal o cesárea según protocolo. 			
<p>15. SI EMBARAZO <34 SEMANAS 0 días (pero > 24 semanas 0 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar manejo de líquidos por vía EV cristaloides (Lactato Ringer, solución salina 0.9%) • Control con hemograma, PCR cada 48 horas. • Control de curva térmica. <p>a. Antibioticoterapia con cualquiera de los medicamentos + Azitromicina 1gr. VO Dosis Única (Para tratamiento de Ureaplasma Urealiticum):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 2g EV y luego 1g cada 4 horas por 7 días o hasta el parto, ó • Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas por 7 días o hasta el parto, ó • Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en alérgicas a la penicilina, Y/O • Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto Ó • Amoxicilina + Sulbactam 1,5 gr cada 8 hs por 7 días o hasta el parto. <p>b. Tocólisis: sólo para completar maduración pulmonar fetal o 48 horas. Ver Protocolo de APP.</p> <p>c. Maduración Pulmonar (entre las 24 y las 34 semanas) con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis), o • Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). <p>d. Sulfato de Magnesio para neuroprotección: Si gestación < 32 semanas, y es probable que el nacimiento se de en las próximas 24 horas.</p> <p>e. Terminación del embarazo según criterio obstétrico por la vía más adecuada, si no cesan las contracciones o se presentasen signos infecciosos y/o sospecha de alteración del bienestar fetal.</p>		X	X
<p>f. SI EMBARAZO <24 SEMANAS (Pre-viable):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocurre en menos del 1% de los embarazos. • Realice un manejo expectante. • Considere Administrar antibióticos desde las 20 semanas 0 días de gestación. • No se recomienda profilaxis para estreptococo del Grupo B antes de la viabilidad. • No se recomiendan los corticoides antenatales antes de la viabilidad. • No se recomienda la tocólisis antes de la viabilidad. • No se recomienda el sulfato de Magnesio para neuroprotección antes de la viabilidad. • Tener en cuenta que durante el manejo expectante podría ocurrir (muy infrecuentemente) complicaciones maternas como: infección intraamniótica, endometritis, desprendimiento de placenta, retención placentaria, sepsis materna. 		X	X

<p>17. SI CORIOAMNIONITIS:</p> <p>a. Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto vaginal o cesárea INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDADGESTACIONAL.</p> <p>b. Antibioticoterapia: Continuar la administración de los mismos hasta 48 horas sin síntomas o signos de infección (Ej: fiebre, sensibilidad uterina).</p> <p>i. Ampicilina 2 g EV cada 6 horas + Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial EV luego 1.5 mg/Kg EV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg EV cada 24 horas.</p> <p>ii. <u>Si la mujer es sometida a cesárea continúe con los mismos antibióticos y agregue:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas, Ó • Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas <p>iii. Si la mujer tiene una cesárea, limpie la vagina con povidona yodada antes del procedimiento.</p> <p>iv. <u>Si se sospecha endometritis posparto (fiebre, secreción vaginal fétida), administre a la mujer una combinación de antibióticos</u> hasta 48 horas posteriores a la resolución completa de los signos clínicos y síntomas (fiebre, sensibilidad uterina, loquios purulentos, leucocitosis):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 2g EV cada 6 horas + Gentamicina 5 mg/Kg EV cada 24 horas, Ó • Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas + Gentamicina 5 mg/Kg EV cada 24 horas <p>v. No es necesario continuar con antibióticos por vía oral una vez suspendidos los antibióticos parenterales.</p> <p>vi. Si la fiebre persiste después de las 72 horas de iniciados los antibióticos: re-evalúe y reconsidere el diagnóstico.</p>	X	X
<p>18. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.</p>	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



SHOCK SÉPTICO EN EL EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O75.1	Choque durante o después del trabajo de parto y el parto
	Sepsis Durante el embarazo

Adaptado de la Guía Código Rojo Obstétrico 2018

La identificación precoz de la sepsis mejora significativamente la supervivencia. Los criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), aunque pueden seguir siendo útiles para el diagnóstico de infección, se consideran actualmente de menor importancia, estos criterios no están presentes en todos los pacientes con infección, y no necesariamente reflejan una respuesta anómala por parte del huésped que condicione una amenaza para la supervivencia, y, por lo tanto, resultan inespecíficos. El diagnóstico de sepsis significa “per se” la aparición de, al menos, un fallo orgánico. Esta situación eleva la categoría del anterior concepto de sepsis a sepsis grave a todos los diagnósticos.

Se busca identificar los signos y síntomas de gravedad para tratar o referir de manera oportuna y segura a las pacientes a los centros de mayor capacidad resolutive.

- La escala SOFA, toma un papel preponderante en el nuevo diagnóstico de esta situación y encuentra una mejor discriminación de mortalidad hospitalaria en los pacientes con sospecha de infección. Utilizar esta escala en lugar de los criterios SIRS.

DEFINICIONES

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)	Es un proceso inflamatorio sistémico que puede desencadenarse por causas infecciosas y no infecciosas. Se define por la presencia de dos o más de los siguientes criterios: - Temperatura superior a 38°C o inferior a 36°C - Frecuencia cardíaca superior a 100 latidos por minuto. - Frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto o PaCO ₂ inferior a 32 mmHg. - Recuento de leucocitos superior a 12000/mm ³ , inferior a 4000/mm ³ o más de un 10% de formas inmaduras, bandas.
SEPSIS	Respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por una infección.
SHOCK SÉPTICO	Situación en el que las anormalidades de la circulación, celulares y del metabolismo subyacentes son lo suficientemente profundas como para aumentar sustancialmente la mortalidad. Se identifica clínicamente por la necesidad de vasopresores para mantener una presión arterial media \geq 65 mmHg y por presentar un lactato sérico \geq 2 mmol/l (18 mg/dl) en ausencia de hipovolemia.
FALLA MULTIORGÁNICA	Disfunción orgánica con incapacidad de mantener la homeostasis sin medidas de soporte continuo.
Escala SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)	Sepsis (relacionada) Órgano Fracaso Assessment / Evaluación
Quick-SOFA	Quick - Rápido Sepsis (relacionada) Órgano Fracaso Assessment / Evaluación

Escala SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)					
	0	1	2	3	4
Respiración^a PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirubina (mg/dl)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular^B Tensión arterial	PAM \geq 70 mmHg	PAM <70mm Hg	Dopamina a <5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Epinefrina a \leq 0,1 o Norepinefrina a \leq 0,1	Dopamina a dosis de >15 o Epinefrina a > 0,1 o Norepinefrina a > 0,1

Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (mL/d)	<1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 3,4	3,5 - 4,9 <500	>5,0 <200

PaO₂: presión arterial de oxígeno; FIO₂: fracción de oxígeno inspirado; SaO₂, Saturación arterial de oxígeno periférico; PAM, presión arterial media; ^aPaO₂/FIO₂ es relación utilizada preferentemente, pero si no esta disponible usaremos la SaO₂/FIO₂; ^bMedicamentos vasoactivos administrados durante al menos 1 hora (dopamina y norepinefrina como ug/kg/min) para mantener la PAM por encima de 65 mmHg.

Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad.

Además de este concepto se agrega quick-SOFA o qSOFA que incluye exclusivamente criterios clínicos de fácil y rápida medición. Apunta a ser útil para identificar pacientes de alto riesgo.

Esto implica la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:

- Frecuencia Respiratoria ≥22 rpm
- Alteración del nivel de conciencia (definido como una puntuación en la escala de Glasgow de ≤ 13)
- Presión Arterial Sistólica ≤100 mmHg

Cuando al menos 2 de los 3 criterios están presentes presenta una validez predictiva Similar al SOFA para la detección de aquellos pacientes con sospecha de infección y probabilidad de presentar una evolución desfavorable. Por lo tanto, es útil en la identificación de pacientes que pudieran precisar de un nivel de vigilancia mayor y estudios específicos en busca de la posibilidad de disfunciones orgánicas. La medición del lactato no aumenta su validez predictiva, pero podría ayudar a identificar a las pacientes con un riesgo intermedio.

El shock séptico es una situación que se asocia a la necesidad de vasopresores para mantener una presión arterial media (PAM) igual o mayor a 65 mmHg con valores de lactato iguales o superiores a 2 mmol/L (18 mg/dl) a pesar de una adecuada reposición volémica.

Factores de riesgo

Edad materna superior a 40 años, que se asocia a mayor riesgo de obesidad y diabetes mellitus tipo 2, y a complicaciones específicas del embarazo, como preeclampsia o abrupcio placentae.

Gestantes con comorbilidad asociada, como cardiópatas, pacientes trasplantadas u oncológicas.

Mayor incidencia de gestaciones múltiples.

Etiología: Las causas de shock séptico durante el embarazo pueden ser de origen obstétrico o no obstétrico.

Causas obstétricas: Corioamnionitis, Endometritis posparto, Retención de restos placentarios (Aborto séptico, Manejo conservador de placenta ácreta o pércreta), Tromboflebitis pélvica séptica, Infección de herida quirúrgica: incisión de cesárea o episiotomía.

Causas no obstétricas: Pielonefritis, Neumonía, Apendicitis aguda, Colecistitis, Pancreatitis necrotizante, VIH, Malaria, Mastitis.

Fisiopatología: La severidad del proceso séptico vendrá determinada por el germen causante y por una serie de factores del huésped, edad, factores genéticos, origen de la infección y comorbilidades.

DIAGNÓSTICO SEPSIS Y DE SHOCK SÉPTICO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
DIAGNÓSTICO	Infección documentada, o alta sospecha, y presencia de criterios (SOFA).
VARIABLES GENERALES: HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre >38.3° C o hipotermia, T° < 36° C • Frecuencia cardíaca superior a 100 lpm. • Alteración del estado mental. • Edema significativo o balance hídrico positivo (> 20 ml/kg en 24 h). • Hiperglicemia (glucemia > 140 mg/dl) en ausencia de diabetes. FLASOG.
VARIABLES INFLAMATORIAS:	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitosis (recuento de leucocitos > 12.000/l). • Leucopenia (recuento de leucocitos menor a 4000 12.000/l). • Presencia de más de un 10% de bandas. • Proteína C reactiva por encima de 2 DS del valor normal. • Procalcitonina por encima de 2 DS del valor normal.
VARIABLES HEMODINÁMICAS:	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión arterial (PAS < 90 mmHg, descenso de PAS habitual más de 40 mmHg o 2 DS). • Saturación venosa mixta de oxígeno > 70%. • Índice cardíaco > 3.5 l/min.
VARIABLES DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA:	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia arteria (PaO₂/FiO₂ <300). • Oliguria (<0.5 ml/kg/h durante al menos 2 horas). • Incremento de creatinina. • Alteraciones de la coagulación (INR > 1.5 o TTPa > 60 segundos). • Íleo. • Trombocitopenia (plaquetas < 100.000/l). • Hiperbilirrubinemia
VARIABLES DE PERFUSIÓN TISULAR:	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperlactatemia (> 1mmol/l). • Disminución del relleno capilar.
SIGNOS PRECOCES DE SEPSIS	T° más de 38° o menos de 36° FC mayor a 100 FR mayor a 20 o PA de CO ₂ menor a 32 Foco de infección si es reconocible

DIAGNÓSTICO

El síntoma más frecuente en el embarazo y el puerperio es la fiebre, sin embargo, en los casos de sepsis severa la paciente puede desarrollar hipotermia, acompañada de taquicardia y taquipnea.

En cada caso habrá síntomas específicos de la etiología de la infección subyacente.

COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES**COMPLICACIONES MATERNAS**

Las complicaciones que podrían presentarse son:

- Admisión en la unidad de cuidados intensivos.
- Edema pulmonar.
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto.
- Fracaso renal agudo. Insuficiencia renal aguda
- Fracaso hepático. Insuficiencia hepática
- Embolismo séptico.
- Isquemia miocárdica. IAM
- Isquemia cerebral. ACV
- Coagulación intravascular diseminada.

COMPLICACIONES PERINATALES

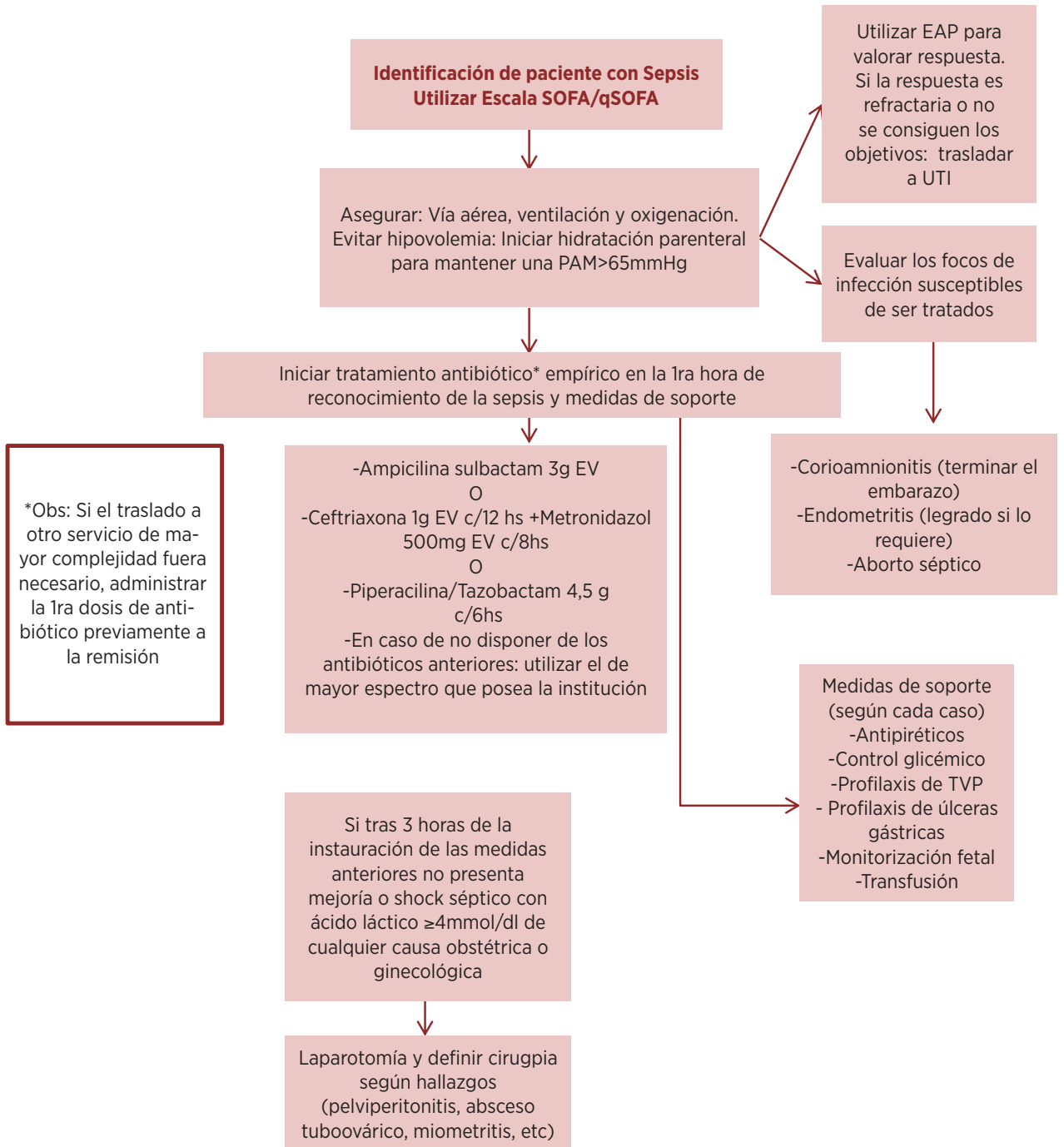
Las gestaciones complicadas con sepsis o shock séptico se asocian a mayor riesgo de parto prematuro e infección fetal, que suponen mayor riesgo de morbilidad perinatal. Los partos prematuros tienen una probabilidad 2.7 veces superior de sepsis periparto, comparados con los partos a término.

TRATAMIENTO DEL SHOCK SÉPTICO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK SÉPTICO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Identifique la sepsis o el shock séptico con los parámetros antes citados, active CÓDIGO ROJO OBSTÉTRICO . Tratamiento de soporte en conjunto con otras especialidades.	X	X	X
2. Ante un paciente crítico, es fundamental asegurar el ABC de la reanimación: Airway. Asegurar la vía aérea. Si es necesario con intubación. Breathing. Garantizar una correcta ventilación y oxigenación. Circulatory. Evitar la hipovolemia. Se debe tener un acceso venoso para iniciar fluidoterapia.	X	X	X
3. Hidratación: Para el tratamiento de la hipotensión hay que reponer la volemia, con el objetivo de mejorar la precarga, la postcarga y la contractilidad cardíaca. La paciente deberá tener una expansión adecuada del espacio intravascular a razón de 1 cc/kg/h para asegurar la diuresis y para mantener una presión arterial sistólica > 90mmHg o una PAM >65mmHg. Utilizar la Escala de Alerta Precoz para valorar la respuesta a la infusión de líquidos. Si la respuesta es refractaria sospechar de un shock séptico y trasladar a la paciente inmediatamente a una UTI. Si la altura uterina se encuentra a nivel o por encima del ombligo, como maniobra complementaria, se puede lateralizar el útero a la izquierda para mejorar el retorno venoso.			X
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO. 4. El retraso en el inicio del antibiótico se asocia a un incremento de la mortalidad. La antibioticoterapia debe ser precoz, empírica y de amplio espectro, adaptada a los microorganismos más prevalentes en cada medio. Se adaptará el espectro con el resultado del antibiograma. La duración mínima del tratamiento es de 7-10 días, en función de la respuesta clínica. Para identificar la etiología de la sepsis, antes de la administración del antibiótico se deben tomar hemocultivos y cultivos de todos los líquidos y secreciones biológicos sugestivos de foco de infección. Si las condiciones de la paciente lo permiten, dependiendo de la disponibilidad del servicio en bacteriología. Evaluar los focos de infección susceptibles de ser tratados. Drenaje de abscesos, desbridamiento de tejidos, o en caso de corioamnionitis, finalización inmediata de la gestación. Iniciar antibiótico: Ampicilina/Sulbactam 3 gr EV en la primera hora y continuar según protocolo de la institución local o de referencia (Si el traslado a otro servicio de mayor complejidad fuera necesario: Administrar la dosis previamente a la remisión). Iniciar antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de sepsis con: Ceftriaxona 1 gramo EV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas o, si se dispone de Piperacilina Tazobactam, suministrar 4.5 g EV cada seis horas. En caso de no disponer de los antibióticos anteriores, se puede usar el de mayor espectro que posea la institución, p. ej: Clindamicina 500 mg EV cada seis horas más gentamicina 80 mg EV cada ocho horas. En casos específicos en los que el mejor fármaco para la madre no lo sea para el feto (como las quinolonas) pero sea la única opción, debe prevalecer la salud materna, previo consentimiento informado a la paciente y familiares. Reevaluar la posibilidad de rotar el antibiótico de acuerdo con el resultado de los cultivos y antibiogramas, dado que de esta forma disminuye el riesgo de resistencia bacteriana, los costos de los antibióticos y la toxicidad. La decisión de continuar, reducir o suspender la terapia antimicrobiana debe realizarse sobre la base del juicio clínico y la información clínica. Los médicos deben ser conscientes que los hemocultivos serán negativos en un porcentaje significativo de casos de sepsis severa y shock séptico, a pesar de que muchos de estos casos son probablemente causados por bacterias u hongos.			X
MEDIDAS DE SOPORTE EN LAS PRIMERAS HORAS	I	II	III

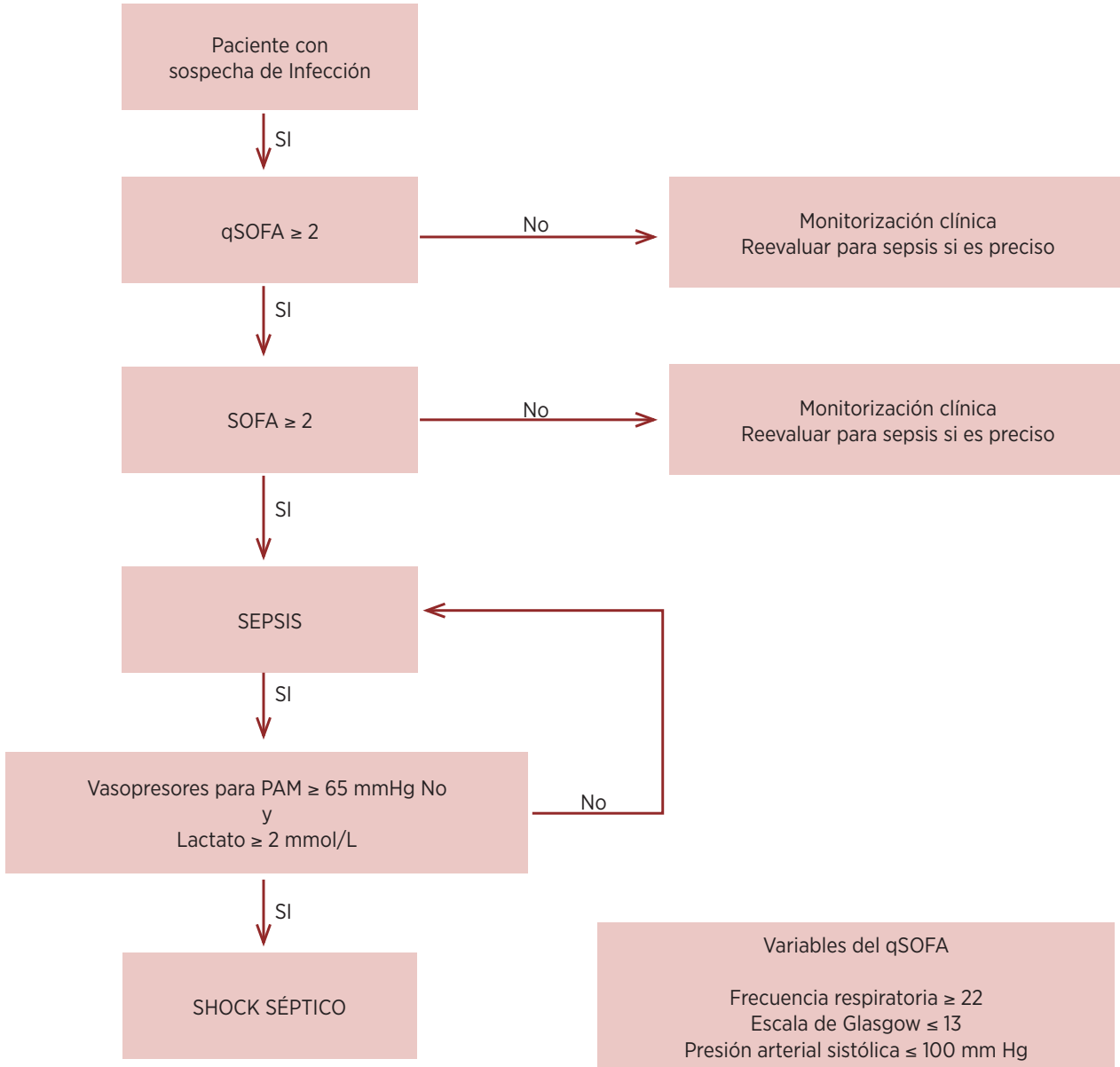
<p>5. - Uso de antipiréticos. Si la temperatura corporal supera los 37,5° C administrar: Dipirona 1 gr EV cada ocho horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En casos de shock séptico refractario a vasopresores. Aplicar corticoides EV: Hidrocortisona 200-300 mg/d por siete días. No usar más de 300 mg/día. - Evaluar ruidos pulmonares sobreañadidos asociados a oliguria. Esto puede ser indicativo de edema pulmonar. Valorar el uso de furosemida 20 mg EV. - Transfusión de hemoderivados: En ausencia de hipoperfusión tisular, enfermedad coronaria o sangrado activo, se debe transfundir a la paciente para conseguir niveles de hemoglobina entre 7-9 g/dl. Se administrará plasma fresco para corregir las alteraciones de la coagulación en caso de hemorragia aguda o realización de procedimientos invasivos. La transfusión de plaquetas está indicada si están por debajo de 5.000, o entre 5.000 y 30.000 si existe riesgo de sangrado. En caso de cirugía o procedimientos invasivos se requieren recuentos de plaquetas superiores a 50.000. 			X
<p>6. -Control glicémico Se harán determinaciones de glucemia cada 30-60 minutos hasta su estabilización, y después cada 4 horas. El objetivo será mantener los niveles por debajo de 180 mg/dl. No se recomienda iniciar insulino terapia hasta 2 determinaciones consecutivas de glucosa superiores a 180 mg/dl. Corregir según resultados.</p>		X	X
<p>7. -Profilaxis de trombosis venosa profunda Se puede utilizar heparina no fraccionada o de bajo peso molecular. También se puede usar medidas mecánicas como medias compresivas.</p>			X
<p>8. -Profilaxis de úlceras gástricas de estrés Debe realizarse profilaxis con inhibidores de la bomba de protones o del receptor H2. Ranitidina ampollas de 50 mg:1 ampolla EV cada 12 horas, u Omeprazol ampollas de 20 mg: 1 ampolla EV cada 12 horas.</p>			X
<p>9. -Monitorización fetal La monitorización fetal y de dinámica uterina está indicada cuando el feto ya es viable. Es frecuente que el feto presente taquicardia, variabilidad disminuida y ausencia de aceleraciones. También es habitual la polisistolía por irritabilidad uterina en respuesta a la liberación de endotoxinas. Generalmente la dinámica uterina cede con hidratación materna, pero si persiste y provoca modificaciones cervicales podría estar indicado tratamiento tocolítico siempre que el foco no sea obstétrico. La decisión de finalizar la gestación o de prolongarla, incluso mediante tocólisis, dependerá de la edad gestacional, el estado materno y el estado fetal. En los embarazos no viables, la optimización del cuidado materno debe ser la razón fundamental del tratamiento. Las gestaciones a término se finalizarán una vez estabilizada la madre. Y entre las 24 y 34 semanas, se deberá individualizar cada caso en base al pronóstico materno.</p>			X
<p>10. -Remoción del foco séptico</p> <ul style="list-style-type: none"> - En una corioamnionitis, si la paciente está embarazada, se debe lograr el parto independientemente a la edad gestacional, tan pronto como sea posible. - En caso de origen pélvico ginecológico se debe proceder al control quirúrgico según el caso de acuerdo a las normas y protocolos vigentes del MSPBS. Cuanto mayor sea la gravedad de la sepsis, más fuerte debe ser el manejo quirúrgico. - En caso de un embarazo de pretérmino, las decisiones deben basarse en el pronóstico materno. Se debe valorar inducir maduración pulmonar fetal. 			X
<p>11. Traslado a Unidad de Terapia Intensiva. Utilizar la Escala de Alerta Precoz para valorar la respuesta a la infusión de líquidos. Si la respuesta es refractaria o no se cumplen los objetivos de perfusión y oxigenación, sospechar de un shock séptico y trasladar a la paciente inmediatamente a una UTI.</p> <p>12. Trasladar: Si el servicio no cuenta con capacidad resolutive para completar el tratamiento.</p>			X
<p>OBSERVACIÓN: En caso de shock séptico por Dengue aplicar Protocolo de Dengue (MSPyBS).</p>			X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

Aplicación Práctica de los Criterios Clínicos de Identificación de Pacientes con Sepsis y Shock Séptico



SOFA: Sepsis -related Organ Failure Assessment
qSOFA: quick SOFA
PAM: presión arterial media

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O11	TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREEXISTENTES, CON PROTEINURIA AGREGADA
O13	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O14 0	Preeclampsia moderada
O14 1	Preeclampsia severa
O14 9	Preeclampsia, no especificada
O15	ECLAMPSIA
O15 0	Eclampsia en el embarazo
O15 1	Eclampsia durante el trabajo de parto
O15 2	Eclampsia en el puerperio
O15 9	Eclampsia, en período no especificado

DEFINICIONES

DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (Síntomas y signos típicamente presentes)	<ul style="list-style-type: none"> Se diagnostica hipertensión en el embarazo si en 2 tomas de presión arterial (separadas por 4 horas o más): <ul style="list-style-type: none"> - La PA sistólica (PAS) es ≥ 140 mmHg y/o - La PA diastólica (PAD) es ≥ 90 mmHg La PA está en rango severo si la PAS ≥ 160 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> 2 mediciones de PA sistólica ≥ 140 mmHg pero < 160 mmHg y/o PA diastólica ≥ 90 mmHg pero < 110 mmHg en embarazo > 20 semanas, en una mujer previamente normotensa (con 4 horas por lo menos de separación entre ambas mediciones). Proteinuria en 24 h $< a 300$ mg / tirilla reactiva NEGATIVA. No manifestaciones de pre-eclampsia. <p>Obs: si la hipertensión ocurre por primera vez luego de las 20 semanas de gestación, durante el parto y/o dentro de las 48 horas post nacimiento: será hipertensión gestacional, pre-eclampsia o eclampsia dependiendo de las características con que se presente.</p>
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> PA ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg en embarazo < 20 semanas o previa al embarazo, y que persiste luego de las 12 semanas post parto. Puede ser de etiología primaria o secundaria. Proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA. <p>Obs: si la hipertensión ocurre antes de las 20 semanas de gestación lo más probable es que se trate de hipertensión crónica. Debido a que la PA de algunas mujeres podría no haberse tomado antes de las 20 semanas la hipertensión crónica se podría identificar por primera vez luego de las 20 semanas de gestación. La hipertensión crónica persistirá luego de las 12 semanas post parto.</p>
PREECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> PA sistólica ≥ 140 mm Hg y/o PA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa, con Proteinuria significativa: Proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas o tirilla reactiva con $\geq 2++$ o Cociente Proteinuria/Creatinuria $\geq 0,3$ (en una orina simple al azar). <p>En ausencia de proteinuria el diagnóstico de preeclampsia se establece con hipertensión asociada a la presencia de trombocitopenia (plaquetas < 100.000/microlitro), disfunción hepática (elevación del valor de transaminasas dos veces por encima del rango de normalidad), falla renal aguda (elevación de creatinina sérica > 1.1 gr/dL o aumento al doble del valor en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar o aparición súbita de alteraciones cerebrales o visuales.</p>
PREECLAMPSIA NO SEVERA O SIN ELEMENTOS DE SEVERIDAD (MODERADA)	<ul style="list-style-type: none"> En embarazo mayor a 20 semanas, 2 lecturas (tomadas con 4 horas de separación) de: <ul style="list-style-type: none"> PA sistólica ≥ 140 pero < 160 mm Hg, y/o PA diastólica ≥ 90 pero < 110 mm Hg Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++. Proteinuria en 24 horas POSITIVA. Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).

<p>PREECLAMPSIA SEVERA (INCLUYE AL SÍNDROME DE HELLP)</p>	<p>Presión Arterial (PA) \geq 140/90 mmHg (Rango Severo \geq 160/110 mmHg) en embarazo $>$20 semanas (No siempre presente para realizar el diagnóstico).</p> <p>Proteinuria (No siempre presente para realizar el diagnóstico):</p> <ul style="list-style-type: none"> \geq 2 + (30 mg/dl) en 2 tirillas de orina (tomadas con 6 horas de separación). Muestra aleatoria de orina. \geq 300 mg (en Orina de 24 horas) \geq 0,3 Cociente Proteinuria/Creatininuria (en una Orina Simple al azar) <ul style="list-style-type: none"> La presencia de proteinuria cambia el diagnóstico de Hipertensión Gestacional al de Pre-eclampsia. Es importante descartar pre-eclampsia antes de asignar otra etiología para la presencia de proteinuria en una mujer embarazada con presión arterial elevada. Independientemente a las cifras tensionales, Presencia de cualquiera de los siguientes síntomas, signos y exámenes de laboratorio (algunas veces presentes): <p>SÍNTOMAS Y SIGNOS (Si presenta 1 de estos signos/síntomas diagnosticar: Pre-eclampsia Severa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Vasomotores:</u> cefalea (con frecuencia en aumento, que no cede con analgésicos comunes), cambios en la visión (Ej: visión borrosa, fosfenos), tinnitus o acúfenos (Ej: zumbido de oído). Dolor en abdomen superior (dolor en epigastrio o hipocondrio derecho) Dificultad para respirar (rales a la auscultación pulmonar, debido a fluidos en los pulmones). Náuseas y vómitos. Hiperreflexia o clonus. Oliguria (Diuresis menor a 400 ml en 24 horas). Insuficiencia renal aguda. <p>LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemólisis. Plaquetas $<$100.000 mm³. Disfunción hepática con aumento de transaminasas $>$ doble del rango normal. Aspartato Amino Transferasa (AST) $>$ 40 UI/L, Alanino Amino Transferasa (ALT) $>$ 40 UI/L, Láctico Dehidrogenasa (LDH) $>$ 600 UI/L y Bilirrubinas aumentadas. Creatinina $>$ 1,1 mg/dl o el doble o más de la creatinina sérica de base (en ausencia de otra enfermedad renal)
<p>ECLAMPSIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Convulsiones tónico-clónicas asociadas con una pre-eclampsia. PAS \geq 140 mmHg o PAD \geq 90 mmHg en embarazo $>$20 semanas. Una pequeña proporción de mujeres con eclampsia tienen PA normal. Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ , en 24 horas: $>$300 mg. <u>A veces presentes:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Coma (Inconciencia) - Otros síntomas o signos de pre-eclampsia severa Obs: En los trastornos hipertensivos del embarazo, podría no haber síntomas ni proteinuria significativa y el único signo podría ser la hipertensión.
<p>SÍNDROME DE HELLP</p>	<p>Variante de la Preeclampsia severa (PA $>$140/90 mm Hg en embarazo $>$20 semanas + Proteinuria en 24 h $>$ a 300 mg / tirilla positiva). El acrónimo significa: Haemolysis, Elevated Liver Enzymes, y Low Platelets.</p> <p>Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP).</p> <p>COMPLETO*: los tres criterios diagnósticos.</p> <p>INCOMPLETO*: uno o dos de los criterios diagnósticos.</p>
<p>* Criterios Diagnósticos para Síndrome HELLP</p>	<p>Plaquetas $<$ 100.000/mm³ GOT (AST) y/o GPT (ALT) $>$ 70 UI/L LDH $>$ 600 UI/L</p>
<p>HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA</p>	<p>PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90 mmHg, antes de 20 semanas de gestación o previa al embarazo.</p> <p>Proteinuria con tirilla reactiva \geq2++ pasadas las 20 semanas de gestación y/o presencia de cualquiera de las manifestaciones de una preeclampsia.</p>

REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO	NIVEL		
	I	II	III
<p>1. Síntomas de Pre-eclampsia: las mujeres embarazadas desde la 1ra consulta deben ser advertidas de la necesidad de acudir de inmediato al servicio de urgencias si presentara síntomas de pre-eclampsia (enseñar estos síntomas y dejarlos por escrito en el carnet perinatal).</p> <p>Los síntomas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cefalea severa - problemas con la visión (como visión borrosa o fosfenos) - zumbido de oído - Dolor en abdomen superior - vómitos - hinchazón repentina de cara, manos o pies 	X	X	X
<p>2. Agentes antiplaquetarios:</p> <p>Aconsejar a las mujeres, con alto riesgo de desarrollar pre-eclampsia: la ingesta de ácido acetil salicílico (aspirina) a bajas dosis (125 mg, 150 mg) en forma diaria (por la noche), comenzando en la primera mitad del embarazo, idealmente desde la semana 12 de gestación, hasta las 36 semanas.</p> <p><u>Las mujeres con alto riesgo son las que presentan alguna de las siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno Hipertensivo en un embarazo previo. - Enfermedad Renal Crónica. - Enfermedad Autoinmune como el LES o el SAF. - Diabetes Tipo 1 o Tipo 2 - Hipertensión Crónica <p>Aconsejar a las mujeres, con más de un factor de riesgo moderado de desarrollar pre-eclampsia: la ingesta de ácido acetil salicílico (aspirina) a bajas dosis (125 mg, 150 mg) en forma diaria (por la noche), comenzando en la primera mitad del embarazo, idealmente desde la semana 12 de gestación, hasta las 36 semanas.</p> <p><u>Los factores que indican riesgo moderado son:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer embarazo - Edad materna \geq 40 años - Intervalo entre embarazos mayor a 10 años - IMC \geq 35 Kg/m² en la 1ra consulta - Historia familiar de pre-eclampsia - Embarazo múltiple 	X	X	X
<p>3. Otros agentes farmacéuticos:</p> <p>No utilizar los siguientes fármacos para prevenir trastornos hipertensivos durante el embarazo: Progeste-rona, Donantes de óxido nítrico, Diuréticos, Heparina de bajo peso molecular.</p>	X	X	X
<p>4. Suplementos nutricionales:</p> <p>No se recomienda, con el único propósito de prevenir trastornos hipertensivos durante el embarazo, los siguientes suplementos: Magnesio, Ácido Fólico, Antioxidantes (Vitaminas C y E), aceite de pescado o aceite de algas, ajo.</p> <p>Los suplementos de calcio (\geq 1 g/día) son beneficiosos para reducir el riesgo de preeclampsia en mujeres con bajo consumo de calcio o con alto riesgo de preeclampsia.</p>	X	X	X
<p>5. Dieta:</p> <p>No se recomienda, con el único propósito de prevenir trastornos hipertensivos durante el embarazo, la restricción de la sal.</p>	X	X	X
<p>6. Estilo de Vida:</p> <p>Aconsejar a las mujeres con alto riesgo de presentar trastornos hipertensivos durante el embarazo, que el descanso, ejercicios y trabajo deberían ser iguales que para las embarazadas saludables.</p>	X	X	X
<p>7. Solicite, según disponibilidad técnica en el servicio: Doppler de las arterias uterinas con tablas per-centiladas en los servicios entre las 11 - 13,6 semanas. Medir ambas arterias uterinas y utilizar el IP medio. Remitirse a tablas percentiladas.</p>	X	X	X

DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo mayor de 20 semanas, o en período de puerperio (menos de 6 semanas desde el parto). Presión Arterial elevada. Si embarazo menor de 20 semanas: sospecha de hipertensión arterial crónica. Antecedentes de trastornos hipertensivos gestacionales en embarazos previos o hipertensión arterial crónica. Asintomática o sintomática variable: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómito, ictericia. Convulsiones tónico-clónicas o coma. <p>Factores de riesgo adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Primer embarazo. Poseer un historial previo de pre-eclampsia (en un embarazo anterior). Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana). Embarazos múltiples. Múltipara con nueva pareja. ≥10 años de diferencia desde el último parto. Edad: adolescentes o mayores de 40 años IMC ≥35. Condiciones patológicas subyacentes: Hipertensión arterial crónica, enfermedad renal o diabetes preexistente, presencia de Ac antifosfolipídicos, trombofilias hereditarias, enfermedades autoinmunes.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> PA diastólica >90 mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas. Si el parto es un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor en las dos tomas. Reflejos osteotendinosos exaltados. Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan. Actividad uterina presente o no.
EXÁMENES AUXILIARES	<p>EVALUACION MATERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario (<150.000/mm³), grupo sanguíneo y factor Rh, TP, TTPA, VIH (previo consentimiento informado). Evaluación de la función renal: creatinina, urea, ácido úrico, Orina simple, Urocultivo, proteinuria en tirilla reactiva, si es positiva solicite proteinuria en 24 horas. Evaluación hepática: transaminasas (GOT, GPT > 40 U/L), bilirrubinas, (>1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta) deshidrogenasa láctica (LDH: >600 U/L). Evaluación metabólica: Glucosa. Ecografía hepática cuando hubiera sospecha de hematoma subcapsular. Electrocardiograma, ecocardiograma, fondo de ojo, clearance de creatinina en hipertensión crónica. Control de peso diario. <p>EVALUACIÓN FETAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perfil Biofísico y/o flujometría doppler en >28 semanas de gestación. Monitoreo fetal Electrónico a partir de las 28 semanas de gestación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hipertensión crónica.
- Hipertensión secundaria a otras etiologías.
- Hígado graso agudo del embarazo.
- Colestasis intrahepática.
- Hepatitis viral.
- Cirrosis.

TRATAMIENTO GENERAL DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	ACCIONES TERAPÉUTICAS
PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de sulfato de magnesio • También para el tratamiento de Eclampsia.
CONTROL DE CRISIS HIPERTENSIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de antihipertensivos si PA diastólica >110 mm Hg
TOCÓLISIS	<ul style="list-style-type: none"> • Para prolongar al menos 48 - 72 horas el embarazo
MADURACIÓN PULMONAR FETAL	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de corticoides en embarazos de pretérmino.
TRANSFERENCIA OPORTUNA	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a servicio de mayor complejidad en caso necesario.
SIGNOS DE AGRAVAMIENTO MATERNO O COMPROMISO FETAL (en Pre-eclampsia/Eclampsia)	<p>Signos de agravamiento materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones. • PA diastólica \geq a 110 mm Hg o PA sistólica \geq a 160 mmHg mantenidas pese a tratamiento hasta por 6 horas. • Oliguria (diuresis menor a 1cc/Kg/h). • Proteinuria >3 g / 24 horas o +++/++++ en tirilla reactiva. • Síndrome de HELLP. <p>Signos de compromiso fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oligoamnios ILA <4 (relacionado a la patología). • Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. • En arteria umbilical (AU): Índice de resistencia (IR) y pulsatilidad (IP) aumentados. Ausencia o inversión de diástole. • En arteria cerebral media (ACM) disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. • Relación IR ACM / IR AU < 1.
DECIDIR VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	Finalizar el embarazo por la vía más adecuada, si existen signos de gravedad maternos o fetales.

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

PROTOCOLO DE MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL			
MANEJO AMBULATORIO			
- Monitoreo de PA, orina (proteinuria) y condición fetal: semanalmente.	X	X	X
- Si la PA empeora o la mujer desarrolla presentación de pre-eclampsia: manejar como pre-eclampsia.		X	X
- Si hay signos de restricción severa del crecimiento fetal o compromiso fetal: ingreso hospitalario para evaluación y posible parto.		X	X
- Aconsejar a la mujer y a su familia sobre signos de alarma que indiquen pre-eclampsia severa o eclampsia.	X	X	X
- Si todas las observaciones permanecen estables, permitir proceder con trabajo de parto y parto espontáneos.		X	X
- En mujeres con Hipertensión Gestacional, si el trabajo de parto no se ha producido antes del término: inducir el trabajo de parto (o proceder a cesárea de acuerdo al caso) al término.		X	X

PRE-ECLAMPSIA NO SEVERA	NIVEL		
	I	II	III
1) CON GESTACIÓN MENOR A 37 SEMANAS (37 semanas, 0 días)			
- El objetivo es alcanzar las 37 semanas 0 días (siempre que el bienestar materno y fetal permanezcan estables). Realizar esquema de maduración pulmonar fetal entre las 24 y las 34 semanas (ver protocolo).		X	X
- Mantener vigilancia porque puede progresar a severa.		X	X
- Si la PA y signos de pre-eclampsia permanecen sin cambios o se normalizaron: controlar a la mujer en forma ambulatoria 2 veces por semana (monitorear PA, reflejos, condición fetal, signos de severidad).		X	X
- No dar anticonvulsivantes ni antihipertensivos a menos que esté clínicamente indicado.		X	X
- Si no se puede dar seguimiento ambulatorio: internar a la paciente (si su PA disminuye a niveles normales o su condición permanece estable, dar alta y control dos veces por semana de PA, signos de alarma y bienestar fetal).		X	X
2) CON GESTACIÓN ≥ A 37 SEMANAS (37 semanas, 0 días)			
- Interrupción del embarazo por la vía más apropiada.		X	X

PRE-ECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA Se manejan de manera similar, excepto en que el nacimiento debe ocurrir dentro de las 12 horas después de una convulsión en la eclampsia.	NIVEL		
	I	II	III
- Todos los casos se deben manejar de forma activa. Internar a la paciente.			
MANEJO GENERAL			
1. Realice o complete la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.		X	X

<p>2. Realice evaluación clínica y obstétrica que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimación de la edad gestacional. • Examen vaginal para ubicación en etapa del trabajo de parto correspondiente. (Si está en trabajo de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma). • Y cada 30 minutos. <p>REGISTRAR EN HOJA DE ESCALA DE ALERTA PRECOZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial. • frecuencia cardíaca. • frecuencia respiratoria. • temperatura. • reflejos osteotendinosos • frecuencia cardíaca fetal por cualquier método. 		X	X
<p>3. Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. Si está convulsionando posicione a la mujer sobre su lado izquierdo (para reducir el riesgo de aspiración de secreciones, vómitos o sangre). Protéjala de caídas, pero no la inmovilice. Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico-clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPSIA. Si la causa de la convulsión no se ha determinado, manejar como eclampsia y continuar la investigación de otras posibles causas (Ej.: epilepsia, malaria complicada, traumatismo de cráneo, meningitis, encefalitis).</p>		X	X
<p>4. Con el diagnóstico de PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA, o probable de ECLAMPSIA, disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de ataque ya administrada. NO LA ENVÍE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.</p>		X	X
<p>5. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP, TTPA, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. Orina simple – Urocultivo.</p>		X	X
<p>6. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor Rh, TP, TTPA, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado), VDRL. • Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico, • GOT, GPT, BT, BD, Bl, deshidrogenasa láctica • Orina simple, proteinuria en tirilla reactiva. <p>Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas.</p>		X	X
<p>7. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.</p>		X	X
<p>8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares. Brinde apoyo emocional continuo.</p>		X	X
<p>9. Canalización de vía intravenosa con Catéter 16 o 18 para administración de cristaloides a 125 cc/h hasta 24 horas post-parto. No use coloides de primera elección.</p>		X	X
<p>10. Toma de muestra para laboratorio, inmediatamente antes de la infusión de líquidos.</p>		X	X
<p>11. Colocar sonda vesical en permanencia y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.</p>		X	X
<p>12. Mantener un estricto balance de fluidos para prevenir sobrecarga de fluidos.</p>		X	X
<p>13. Administre oxígeno 10 l/min por mascarilla o a 4-6 l/min por máscara o catéter nasal si presenta dificultad respiratoria y/o compromiso del bienestar fetal o eclampsia. Si no está respirando proveer ventilación asistida (con bolsa autoinflable y máscara), o administre oxígeno a 4-6 l/min por tubo endotraqueal.</p>		X	X
<p>14. Administre Sulfato de Magnesio (ver esquemas).</p>		X	X
<p>15. Valore administración de Antihipertensivos si PA \geq 160/110 mmHg (ver esquemas).</p>		X	X
<p>16. Administre oxígeno 10 l/min por mascarilla o a 4-6 l/min por catéter nasal si presenta dificultad respiratoria y/o compromiso del bienestar fetal o eclampsia.</p>		X	X
<p>17. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.</p>		X	X

18. Si diuresis < 30 ml/hora: • Detener sulfato de magnesio e infundir fluidos EV (SF o RL) a 1 L/8 horas. • Monitorear el desarrollo de edema pulmonar (aumento de la frecuencia respiratoria y/o dificultad para respirar, rales a la auscultación pulmonar).		X	X
19. Nunca deje sola a la mujer. Una convulsión seguida de aspiración de vómito podría causar la muerte en la mujer o el feto.		X	X
20. Auscultar las bases pulmonares cada 1 hora buscando rales que indiquen edema pulmonar. Si se escuchan rales: detener fluidos y administrar furosemida 40 mg EV (1 vez).		X	X

TERAPIA ANTICONVULSIVANTE PARA PRE-ECLAMPSIA SEVERA O ECLAMPSIA	NIVEL								
	I	II	III						
Un factor clave en la terapia anticonvulsivante es la administración oportuna y adecuada de las drogas anticonvulsivantes. El Sulfato de Magnesio es la droga de elección para la prevención y el tratamiento de las convulsiones en la pre-eclampsia severa y en la eclampsia. Se puede utilizar un Régimen Endovenoso o un Régimen Intramuscular.									
RÉGIMEN ENDOVENOSO (EV)	NIVEL								
- Preferentemente utilizando una bomba de infusión si estuviera disponible.									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Dosis de Ataque 4 g</td> <td style="width: 50%;">Dosis de Mantenimiento 4 g</td> </tr> <tr> <td>Administrar 4 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos</td> <td>Administrar infusión EV a 1g/hora</td> </tr> <tr> <td>Si las convulsiones reaparecen después de 15 minutos: Administrar 2 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos</td> <td>Continuar el tratamiento por 24 horas después del nacimiento o de la última convulsión, lo que ocurra último.</td> </tr> </table>	Dosis de Ataque 4 g	Dosis de Mantenimiento 4 g	Administrar 4 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos	Administrar infusión EV a 1g/hora	Si las convulsiones reaparecen después de 15 minutos: Administrar 2 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos	Continuar el tratamiento por 24 horas después del nacimiento o de la última convulsión, lo que ocurra último.		X	X
Dosis de Ataque 4 g	Dosis de Mantenimiento 4 g								
Administrar 4 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos	Administrar infusión EV a 1g/hora								
Si las convulsiones reaparecen después de 15 minutos: Administrar 2 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos	Continuar el tratamiento por 24 horas después del nacimiento o de la última convulsión, lo que ocurra último.								
RÉGIMEN INTRAMUSCULAR (IM)									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Dosis de Ataque (EV e IM) 14 g en total</td> <td style="width: 50%;">Dosis de Mantenimiento (IM) 5 g</td> </tr> <tr> <td>Administrar 4 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos</td> <td>Administrar 5 g de Sulfato de Magnesio al 50% (con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa) en inyección IM profunda, en nalgas alternadas, cada 4 horas.</td> </tr> <tr> <td>Seguir inmediatamente con 10 g de Sulfato de Magnesio al 50%: 5 g en cada nalga IM profundo (con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa)</td> <td>Continuar el tratamiento por 24 horas después del nacimiento o de la última convulsión, lo que ocurra último.</td> </tr> </table>	Dosis de Ataque (EV e IM) 14 g en total	Dosis de Mantenimiento (IM) 5 g	Administrar 4 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos	Administrar 5 g de Sulfato de Magnesio al 50% (con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa) en inyección IM profunda, en nalgas alternadas, cada 4 horas.	Seguir inmediatamente con 10 g de Sulfato de Magnesio al 50%: 5 g en cada nalga IM profundo (con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa)	Continuar el tratamiento por 24 horas después del nacimiento o de la última convulsión, lo que ocurra último.		X	X
Dosis de Ataque (EV e IM) 14 g en total	Dosis de Mantenimiento (IM) 5 g								
Administrar 4 g de Sulfato de Magnesio al 50% EV en no menos de 5 minutos	Administrar 5 g de Sulfato de Magnesio al 50% (con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa) en inyección IM profunda, en nalgas alternadas, cada 4 horas.								
Seguir inmediatamente con 10 g de Sulfato de Magnesio al 50%: 5 g en cada nalga IM profundo (con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa)	Continuar el tratamiento por 24 horas después del nacimiento o de la última convulsión, lo que ocurra último.								
	NIVEL								
EVALUAR SIGNOS DE TOXICIDAD POR SULFATO DE MAGNESIO	I	II	III						
Aunque la intoxicación por Magnesio es rara, un componente clave es el monitoreo de la mujer con pre-eclampsia severa o eclampsia evaluando si hubiera signos de intoxicación por magnesio.									
- Cada 1 hora (si se utiliza el régimen EV) o, Antes de repetir la administración (si se utiliza el régimen IM) asegúrese de que: • FR ≥ 16 rpm • Reflejos osteotendinosos presentes • Diuresis ≥ 30 ml/hora en las 4 horas previas		X	X						
- Si hay signos de toxicidad: detenga la infusión EV o demore la próxima dosis IM de Sulfato de Magnesio.		X	X						
- Si NO hay signos de toxicidad, o continúe la infusión EV o Administre la siguiente dosis IM de Sulfato de Magnesio.		X	X						

- Tenga el antídoto preparado en caso de depresión o paro respiratorio: Administre Gluconato de Calcio 1 g EV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente (en no menos de 3 minutos) hasta que comience la autonomía respiratoria. Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación. Administre oxígeno a 4 l/min por catéter nasal o 10 l/min por máscara.		X	X
---	--	---	---

MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA Y OPCIONES DE DOSIS PARA TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS Iniciar Medicamentos antihipertensivos si PAS \geq 160 mmHg y/o PAD \geq 110 mmHg. Si la medicación antihipertensiva para el tratamiento agudo de una crisis hipertensiva no puede ser administrada por vía EV, se debe brindar un tratamiento por VO. <th colspan="3">NIVEL</th>	NIVEL		
	I	II	III
1) LABETALOL			
- En una jeringa de 20 cc o en volutrol con solución fisiológica. Cargar una ampolla (ampolla de 20mg/4ml) 5mg/1ml. Administrar por vía endovenosa en un período de 5 a 10 minutos. Si en 15 minutos no baja la PA usar 2 ampollas (amp.). Si en 15 minutos no baja la PA usar 4 amp. Si en 15 minutos no baja la PA usar 4 amp. Si en 15 minutos no baja PA usar 4 amp. (Última Dosis). Dosis total máxima: 300 mg; luego pasar a vía oral.	X	X	X
-El labetalol está contraindicado en pacientes con falla cardíaca descompensada, shock hipovolémico, o predisposición al broncoespasmo (asma).	X	X	X
2) NIFEDIPINA			
- Como alternativa en pacientes conscientes usar NIFEDIPINA: (cápsula de 20 mg). Una cápsula por vía oral (VO). Si no baja la PA repetir cada 20 minutos hasta tres veces. Si en 20 minutos baja PA: 1 cápsula por VO cada seis horas (dosis máxima 120 mg/d o seis cápsulas).	X	X	X
- Una vez conseguida la reducción de la PA a niveles no severos (< 160/110 mmHg), se debe continuar el tratamiento administrando medicación por vía oral.	X	X	X
Observaciones: - La PA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas. - Si no se controla la PA con labetalol o nifedipina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo y finalización del embarazo.	X	X	X
- Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad en condiciones estables, envíe con el personal de salud la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de ataque ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPسيا CON SULFATO DE MAGNESIO.	X	X	X

TIEMPO ÓPTIMO PARA EL NACIMIENTO El nacimiento debe ser considerado tan pronto como la condición de la mujer se ha estabilizado. La decisión sobre el tiempo óptimo para el nacimiento debe ser hecha para cada caso en particular, teniendo en cuenta, entre otros factores, la edad gestacional, el estado de bienestar materno y fetal, las condiciones del cuello uterino (favorable o no), y la urgencia. Luego de una convulsión ecláptica el nacimiento debería ocurrir dentro de las 12 horas del inicio de las convulsiones. <th colspan="3">NIVEL</th>	NIVEL		
	I	II	III
GESTACIÓN DE MENOS DE 24 SEMANAS			
1. Se recomienda una inducción del trabajo de parto para las mujeres con pre-eclampsia severa si el feto no es viable o es improbable que alcance la viabilidad en 1 ó 2 semanas. La decisión se basará según cada caso en particular previa consulta con el Comité de Ética si el cuadro clínico materno lo permite.		X	X
2. Evalúe el cérvix e induzca el trabajo de parto como en el caso del manejo médico de un aborto inevitable, cuando la edad gestacional sea menor a 24 semanas; u ofrezca dilatación y evacuación para acelerar el nacimiento.		X	X
3. La histerotomía, en gestaciones de menos de 24 semanas, debería ser evitada.		X	X

TIEMPO ÓPTIMO PARA EL NACIMIENTO GESTACIÓN ENTRE LAS 24 Y LAS 34 SEMANAS	NIVEL		
	I	II	III
1. En mujeres con pre-eclampsia severa y con un feto viable de menos de 34 semanas de gestación, se recomienda un manejo expectante, siempre y cuando estén ausentes y se puedan monitorear: una hipertensión materna no controlada, signos de daño materno (como cefalea severa, cambios en la visión, y dolor abdominal), sospecha de alteración del bienestar fetal.		X	X
2. Control con análisis de laboratorio materno: principalmente hematocrito, plaquetas, creatinina, ácido úrico, transaminasas hepáticas, proteinuria. Al menos 1 vez por semana o con mayor frecuencia según la evolución.		X	X
3. Transfiera a un servicio de mayor complejidad en caso necesario para el monitoreo.		X	X
4. Administre corticoides antenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal si el nacimiento se considera inminente: casos de pre-eclampsia o eclampsia. Ver esquema en protocolo de Amenaza de Parto Pretérmino.		X	X
5. Si la condición materna o fetal se deteriora rápidamente acelere el nacimiento luego de la 1ra dosis de corticoides antenatales. No espere a completar el curso de corticoides antes del nacimiento.		X	X
6. Realice monitoreo de la mujer y el feto. Utilice hoja de Escala de Alerta Precoz.		X	X
7. Control semanal del crecimiento fetal: mida altura uterina, realice ecografía obstétrica. Con el diagnóstico de pre-eclampsia y según Edad Gestacional realice: MF diario, ecografía obstétrica 2 veces por semana, MFNS 2 veces por semana y Doppler 1 vez por semana.		X	X
8. Administre Sulfato de Magnesio: - Si el cuadro clínico no empeora, los signos premonitorios de pre-eclampsia están ausentes (como los reflejos exaltados asociados con clonus, cefalea severa o cambios en la visión) y los signos de severidad de pre-eclampsia no son persistentes (PAD \geq 110 mmHg, PAS \geq 160 mmHg, transaminasas hepáticas elevadas, creatinina sérica elevada, y plaquetas bajas). Suspenda la administración de Sulfato de Magnesio luego de 24 horas.		X	X
9. Administre antihipertensivos si PAS \geq 160 mmHg y/o PAD \geq 110 mmHg.		X	X
10. Si la pre-eclampsia severa o la eclampsia persisten (como en: la PA que no se controla a pesar de la medicación antihipertensiva mantenida hasta por 6 horas, deterioro en los análisis de laboratorio, oliguria menor a 30 cc/hora o hay un estado fetal no asegurable-Sospecha de alteración del bienestar fetal) finalice el embarazo, en las 1ras 24 horas, dentro del entorno habilitante.		X	X

TIEMPO ÓPTIMO PARA EL NACIMIENTO GESTACIÓN ENTRE LAS 34 Y LAS 36 SEMANAS Y 6 DÍAS	NIVEL		
	I	II	III
1. En mujeres con pre-eclampsia severa y con un feto viable, el manejo expectante se podría recomendar, únicamente cuando estén ausentes y se puedan monitorear de forma cercana: una hipertensión materna no controlada, signos de daño materno (como cefalea severa, cambios en la visión, y dolor abdominal), sospecha de alteración del bienestar fetal.		X	X
2. Si estuviera presente cualquier característica de empeoramiento de la pre-eclampsia o eclampsia, o si no fuera posible el monitoreo cercano y estricto de la mujer y el feto: interrupción de la gestación.		X	X
3. Realice monitoreo de la mujer y el feto. Utilice hoja de Escala de Alerta Precoz.		X	X
4. Control con análisis de laboratorio materno semanal o con mayor frecuencia según el caso. Control semanal del crecimiento fetal: mida altura uterina, realice ecografía obstétrica. Con el diagnóstico de pre-eclampsia realice: MF diario, ecografía obstétrica 2 veces por semana, MFNS 2 veces por semana y Doppler 1 vez por semana.		X	X
5. Administre Sulfato de Magnesio: - Si el cuadro clínico no empeora, los signos premonitorios de pre-eclampsia están ausentes (como los reflejos exaltados asociados con clonus, cefalea severa o cambios en la visión) y los signos de severidad de pre-eclampsia no son persistentes (PAD \geq 110 mmHg, PAS \geq 160 mmHg, transaminasas hepáticas elevadas, creatinina sérica elevada, y plaquetas bajas). Suspenda la administración de Sulfato de Magnesio luego de 24 horas.		X	X

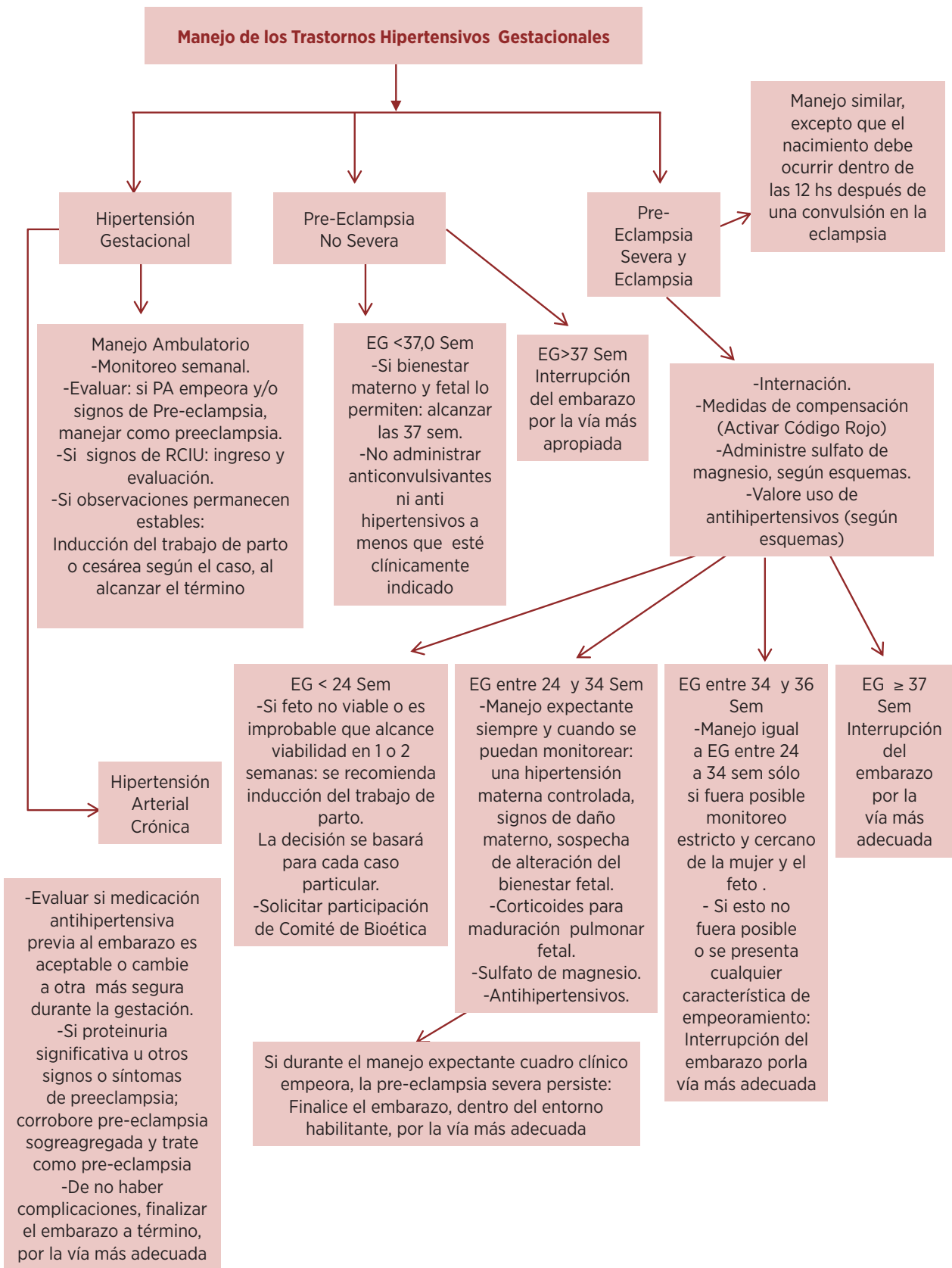
6. Administre antihipertensivos si PAS \geq 160 mmHg y/o PAD \geq 110 mmHg.		X	X
7. Si la pre-eclampsia severa o la eclampsia persisten (como en: la PA que no se controla a pesar de la medicación antihipertensiva mantenida hasta por 6 horas, deterioro en los análisis de laboratorio, oliguria menor a 30 cc/hora o hay un estado fetal no asegurable-Sospecha de alteración del bienestar fetal) finalice el embarazo, en las 1ras 24 horas, dentro del entorno habilitante.		X	X

TIEMPO ÓPTIMO PARA EL NACIMIENTO GESTACIÓN IGUAL O MAYOR A 37 SEMANAS O DÍAS	NIVEL		
	I	II	III
1. En mujeres con pre-eclampsia severa en gestaciones de término, se recomienda dar nacimiento, independientemente de la severidad de la pre-eclampsia.		X	X
2. Evalúe el cérvix e induzca el trabajo de parto (de no existir contraindicación para parto vaginal).		X	X
3. Si no se prevé el parto vaginal dentro de las 12 horas (para la eclampsia) o dentro de las 24 horas (para la pre-eclampsia severa): realice una cesárea.		X	X
4. Si se presentan anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 100 lpm más de 180 lpm): realice una cesárea.		X	X
5. Si el feto está muerto intente un parto vaginal. Si el cérvix no es favorable (firme, grueso, cerrado): madure el cérvix uterino.		X	X

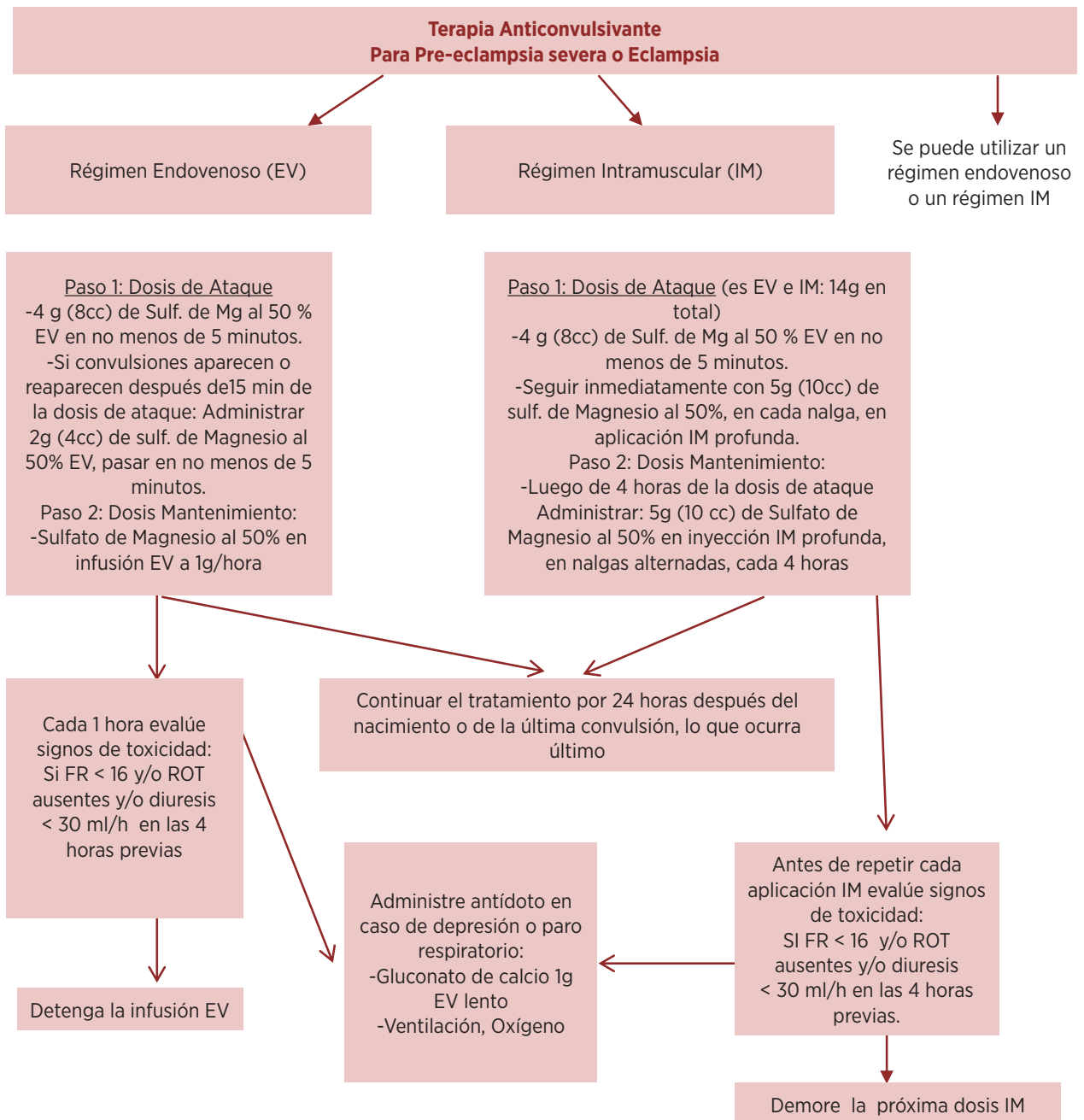
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	NIVEL		
	I	II	III
1. Los altos niveles de PA mantienen la perfusión renal y placentaria en la hipertensión crónica; la reducción en la PA podría resultar en perfusión disminuida. No se debería disminuir la PA por debajo de los niveles previos al embarazo.		X	X
2. Si la mujer recibía medicación antihipertensiva antes del embarazo y su PA se encuentra bien controlada, continúe la misma medicación si es aceptable durante el embarazo o cambie a una medicación segura durante la gestación. Considere evaluación multidisciplinaria para manejo de la paciente.		X	X
3. Si la PAS \geq 160 mmHg y/o la PAD \geq 110 mmHg: trate con medicación antihipertensiva.		X	X
4. Si se presentan proteinuria significativa u otros signos o síntomas de pre-eclampsia: considere pre-eclampsia sobreagregada y maneje como una pre-eclampsia.		X	X
5. Controle el crecimiento fetal y su condición.		X	X
6. De no haber complicaciones: induzca el trabajo de parto en gestación de término.		X	X
7. Si se desarrolla pre-eclampsia: maneje como pre-eclampsia no severa o severa, de acuerdo al caso.		X	X
8. Si se presentan anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 100 lpm más de 180 lpm): sospeche alteración del bienestar fetal.		X	X

CONSIDERACIONES:	NIVEL		
	I	II	III
<p>1. Finalizar el embarazo, independientemente de la edad gestacional, por la vía más adecuada, si se sospecha compromiso del bienestar fetal:</p> <p>GESTACIÓN MAYOR A 34 SEMANAS: INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.</p> <p>GESTACIÓN MENOR A 34 SEMANAS: GESTACIÓN DE 28 A 34 SEMANAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Oligoamnios: ILA menor a 4 (relacionada a la patología) PBF 6/10 con Oligoamnios Doppler alterado (Remitirse a protocolo de Medicina Perinatal) <p>GESTACIÓN MENOR A 28 SEMANAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oligoamnios: ILA <4. Doppler alterado (Remitirse a protocolo de Medicina Perinatal) 		X	X
<p>2. Terminación del embarazo por cesárea: se indicará cesárea en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Independientemente a la edad gestacional y Bishop < 6, con signos de severidad. Realizar una incisión mediana infraumbilical si se presenta Síndrome de HELLP o Coagulación intravascular diseminada para poder visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático. 		X	X
<p>3. El manejo del trabajo de parto no difiere del protocolo de manejo del parto de bajo riesgo (Ver protocolo de manejo de parto normal).</p>		X	X
<p>4. Manténgase atento a las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de HELLP. Hematoma subcapsular hepático. Ruptura hepática. Coagulación intravascular diseminada. Falla renal. Edema agudo de pulmón. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Hemorragia posparto. 		X	X
<p>5. Antes del alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brinde orientación sobre signos de alarma. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Cite para control posparto a los 7 días o antes según signos de alarma. Reevalúe a la paciente a las 12 semanas posparto para obtener diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional. 		X	X
<p>6. Si hubo referencia a un servicio de mayor complejidad: No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en el servicio de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



TRAUMATISMOS DURANTE EL EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
	Capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
(S00-S99)	(S00-S09) Traumatismos de la cabeza, (S10-S19) Traumatismos de cuello, (S20-S29) Traumatismos de tórax, (S30-S39) Traumatismo del abdomen, área lumbosacra y pelvis, (S40-S49) Traumatismos de los hombros y brazos, (S50-S59) Traumatismos del codo y del antebrazo, (S60-S79) Traumatismos en muñecas y manos, (S80-S89) Traumatismos en rodillas y piernas, (S90-S99) Traumatismos en tobillos y pies.
(T00-T99)	1(T00-T07) Lesiones múltiples, (T08-T14) Lesiones no clasificadas en cabeza, cuello y otras partes, (T15-T19) Cuerpos extraños en alguna parte del cuerpo, (T20-T32) Quemaduras y corrosiones, (T33-T35) Congelaciones, (T36-T50) Intoxicaciones por fármacos, (T51-T65) Intoxicaciones por sustancias no medicinales, (T66-T78) Lesiones por otras causas externas, (T79) Complicaciones traumáticas, (T80-T88) Complicaciones quirúrgicas, (T90-T99) Complicaciones post-traumáticas no clasificadas en otra parte.

DEFINICIONES

TRAUMATISMOS DURANTE EL EMBARAZO	Los traumatismos de diverso origen y los accidentes de circulación son, en algunas áreas geográficas, la principal causa de muerte materna no obstétrica.
	Los efectos del traumatismo van a estar condicionados por: edad gestacional, tipo, severidad, localización y las alteraciones que se produzcan en la fisiología fetoplacentaria.
	El tratamiento correcto de esta patología exige una atención rápida de la gestante y una adecuada coordinación entre los diversos especialistas implicados. Los accidentes de tráfico (45%) son la causa más frecuente, seguidos de las caídas (25%), los efectos de la violencia doméstica (10%) y las quemaduras (<5%)
	La prevención de lesiones maternas y fetales en accidentes de tráfico es fundamental. La utilización del cinturón de seguridad disminuye al 20% la mortalidad de ambos; debe ajustarse con la parte horizontal contra las crestas ilíacas y la tira en bandolera por encima del fondo uterino.

DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMOS DURANTE EL EMBARAZO

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Interrogatorio de la paciente o de sus familiares sobre las circunstancias del traumatismo.
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación ABC (vía aérea, respiración y circulación). La evaluación hemodinámica de la embarazada requiere considerar los parámetros gravídicos (ver estabilización hemodinámica en capítulo de hemorragia obstétrica). Exploración física cuidadosa, al mismo tiempo que se inicia el tratamiento de las heridas graves de la cabeza, tórax y abdomen. Estabilización de las posibles fracturas con férulas. Exploración minuciosa del abdomen. Sondaje vesical (traumatismo grave, estado de inconciencia) Exploración externa del abdomen (tamaño fetal, contractura uterina, dolor, auscultación fetal, etc.). Tacto vaginal (presentación fetal, estado del cuello, hemorragia vaginal, amniorrexis, etc.). Evaluación del estado fetal: Monitorización cardiotocográfica, Ecografía (vitalidad fetal, posibles traumatismos fetales, desprendimiento placentario, etc.).
EXÁMENES AUXILIARES	<ul style="list-style-type: none"> Análítica hemática general (hemograma, perfil hepático, renal, grupo y Rh). Orina simple y Urocultivo HIV (previo consentimiento informado si no consta en historia o carnet prenatal) ECOGRAFIA (FAST si hay alteraciones hemodinámicas) Monitoreo fetal electrónico (si tiene disponible). Estudios radiológicos, según circunstancias específicas y con protección abdominal. Se prefiere la RM a la TAC, aunque ésta puede realizarse si no supera los 10 Rad. Despistaje de hemorragia fetomaterna con el test de Kleihauer-Betke (según disponibilidad del servicio)
MEDIDAS INICIALES DE EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> La respuesta a los traumatismos de las mujeres embarazadas es diferente por los cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo. La mujer gestante a partir de la semana 28 tiene un aumento de la volemia del 40%, presentando una anemia fisiológica dilucional, por lo que tolera mejor las pérdidas de volemia de forma aguda sin presentar síntomas. Sin embargo, esto causa una disminución de la perfusión placentaria con repercusión sobre el feto.

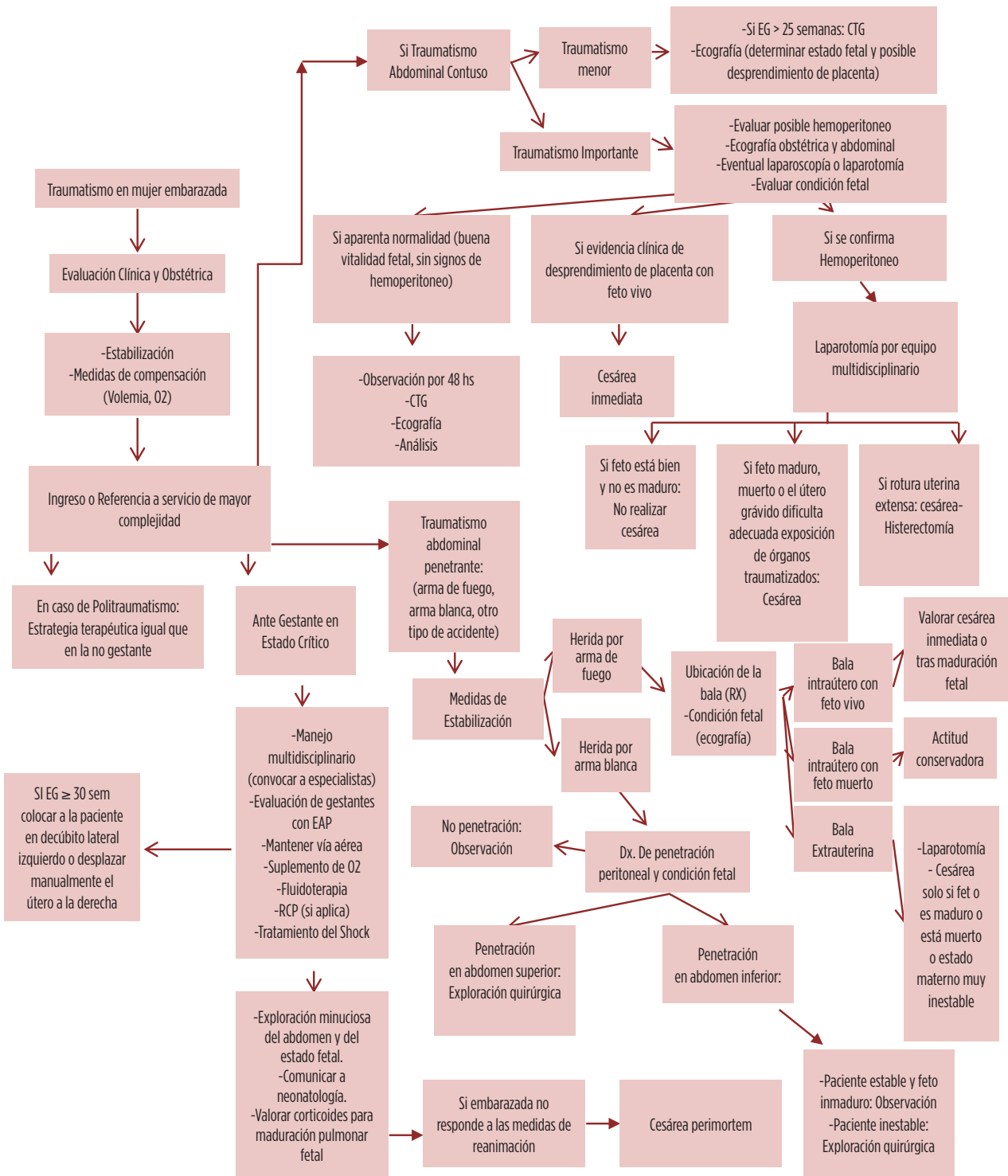
TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DURANTE EL EMBARAZO

PROTOKOLO DE TRAUMATISMOS DURANTE EL EMBARAZO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carnet Perinatal.	X	X	x
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Registre en Escala de Alerta Precoz. Evalúe el índice de Shock.	x	x	x
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método y especuloscopia (buscar pérdida de líquido/ sangre).	X	X	X
4. Determine la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Hemograma, TP TTPA, Plaquetas, Fibrinógeno, Grupo Sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. Orina simple.	X	X	X
5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquile a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
9. En el caso de los politraumatismos: ABC de la Reanimación. <ul style="list-style-type: none"> • estabilización precoz, • correcta reposición de la volemia manteniendo una oxigenación adecuada, • mantenimiento del retorno venoso La estrategia terapéutica en el caso de un politraumatismo en una mujer embarazada es la misma que en la no gestante.	X	X	X
10. Disponga el ingreso al servicio o la referencia a otro servicio de mayor complejidad con el carnet prenatal y hoja de remisión.	X	X	X
11. Ante una embarazada en estado crítico, se pondrán en marcha de forma sucesiva las siguientes medidas de reanimación:		X	X
12. Rápida evaluación de las constantes. Convocatoria de los especialistas necesarios (Manejo Multidisciplinario).		X	X
13. Mantenimiento de la vía aérea. Intubación, si es necesaria.		X	X
14. Suplemento de oxígeno y fluidoterapia que se deben mantener hasta que se haya resuelto la hipoxemia y la hipovolemia.		X	X
15. Reanimación cardiopulmonar, masaje cardíaco, etc. (Aplicar Código Rojo)		X	X
16. Tratamiento del shock.		X	X
17. Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo o desplazar manualmente el útero a la derecha para evitar la compresión uterina a la vena cava inferior. (A partir de la semana 20, el útero puede comprimir los grandes vasos de la gestante cuando está en decúbito supino, disminuyendo la TA sistólica y la diastólica, descendiendo el gasto cardíaco y disminuyendo el flujo sanguíneo). Obs: En caso de embarazos menores a 20 semanas priorice la estabilización de la madre.		x	X
18. Sonda nasogástrica u orogástrica para prevenir la broncoaspiración.		x	x
19. Exploración externa minuciosa del abdomen y evaluación del estado fetal.		X	X
20. Comunicar del caso al Servicio de Neonatología.		X	X
21. A las gestantes con Rh negativo con traumatismos se les debe administrar gammaglobulina anti-D.		X	X
22. Valorar la maduración pulmonar con corticoides.		X	X
23. Ingreso hospitalario para control fetal como mínimo durante 24 h (exceptuando los casos de caídas maternas leves sin síntomas).		X	X

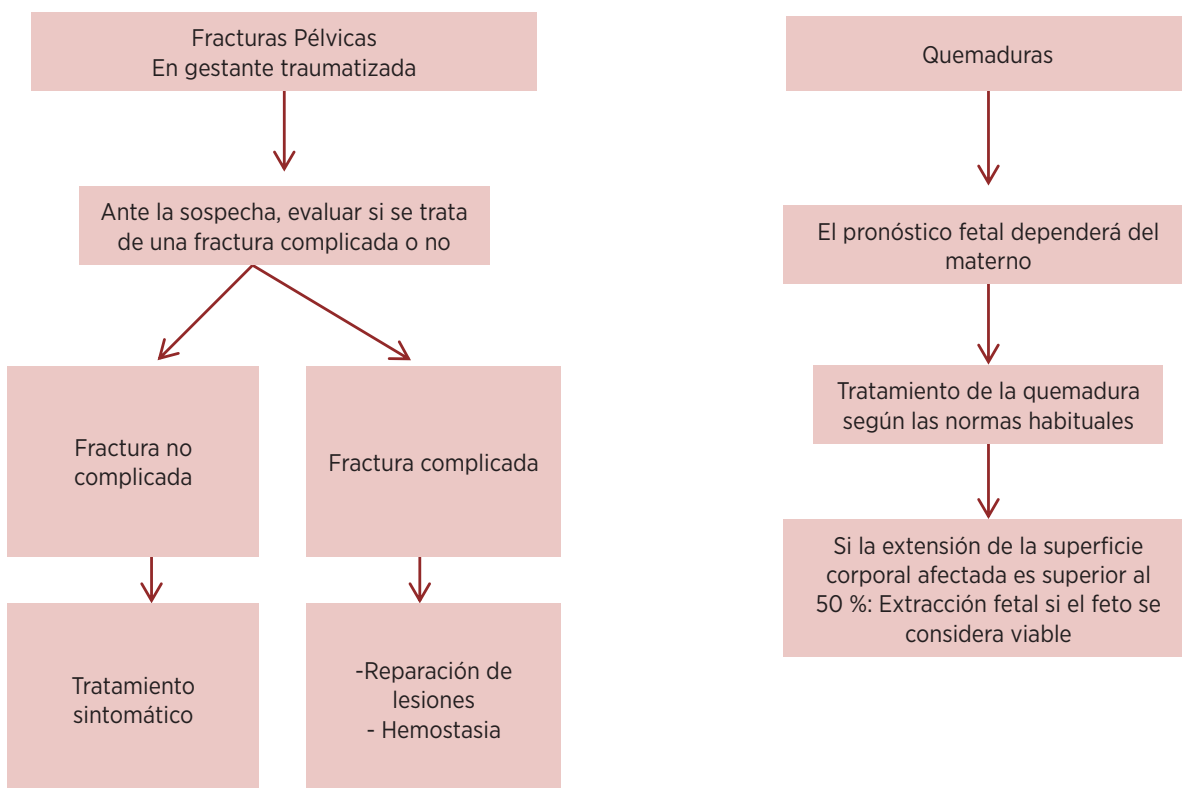
<p>24. Profilaxis antitetánica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si consta que fue vacunada: 0,5 ml de toxoide tetánico. Pacientes no vacunadas: 250-500 U de inmunoglobulina sérica intramuscular y 0,5 ml de toxoide tetánico. 	X	X
<p>25. Si existe una necrosis tisular importante: incrementar la inmunoglobulina sérica hasta 400 U, y toma profiláctica de antibióticos.</p>	X	X
<p>26. Traumatismo abdominal contuso. Su origen puede ser una caída o, con más frecuencia, en la actualidad, un accidente de automóvil o motocicleta. Las complicaciones obstétricas más inmediatas que se pueden producir tras este tipo de traumatismo son el desprendimiento placentario, la amenaza de parto prematuro, rotura uterina y la rotura prematura de membranas. La causa más frecuente de muerte fetal es la muerte materna y la hipotensión mantenida.</p>	X	X
<p>27. Medidas diagnósticas. A. Mujeres que han sufrido un traumatismo menor: a. Examen cardiotocográfico, durante 30 min (si la gestación supera las 25 semanas) según disponibilidad de servicio. b. Exploración ecográfica, intentando determinar el estado fetal y un posible desprendimiento prematuro de la placenta. B. Mujeres que han sufrido un traumatismo importante: a. Evaluación de un posible hemoperitoneo (traumatismo hepático, esplénico o vascular). Examen ecográfico minucioso, tanto obstétrico como abdominal. Laparoscopia/laparotomía, en caso de duda sobre un posible hemoperitoneo. b. Evaluación de las condiciones fetales.</p>	X	X
<p>28. Medidas terapéuticas. 1. Ante un traumatismo contuso no importante: con una correcta evaluación maternofetal, únicamente es aconsejable la observación durante unas horas. 2. Si el traumatismo es importante: las decisiones dependerán de la situación intrauterina (edad gestacional y vitalidad fetal) y de la posibilidad de un hemoperitoneo que orienta hacia una lesión visceral o vascular.</p>	X	X
<p>Si el traumatismo es importante: Aparente normalidad (buena vitalidad fetal, sin signos de hemoperitoneo, etc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • observación cuidadosa durante 48 h, con controles cardiotocográficos, ecográficos y analíticos (fibrinógeno, prueba de Kleihauer) repetidos. • El desprendimiento prematuro de placenta puede producirse hasta 5 días después del traumatismo. • Una cifra de fibrinógeno progresivamente inferior a 250 mg/100 ml debe considerarse sospechosa, así como también un incremento de los hematíes fetales en sangre materna. <p>b. La evidencia clínica de un desprendimiento prematuro de la placenta con feto vivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Implica la realización de una cesárea inmediata. <p>c. La confirmación de un hemoperitoneo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace necesaria una laparotomía inmediata (incisión media y amplia), realizada por un equipo quirúrgico entrenado y multidisciplinario. • El objetivo es evaluar las lesiones, controlar la hemorragia y reparar los órganos afectados. <ul style="list-style-type: none"> (1) Si el feto está bien y no es maduro: no debe hacerse una cesárea. (2) Si el feto es maduro, está muerto o la presencia del útero grávido dificulta una adecuada exposición de los órganos traumatizados: ha de efectuarse una cesárea. (3) Si existe una rotura uterina extensa: ha de realizarse cesárea-histerectomía. 	X	X
<p>29. Traumatismo abdominal penetrante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre se trata de heridas por arma de fuego o arma blanca, y, menos veces, por otro tipo de accidente. • En todos los casos, el voluminoso útero grávido protege los restantes órganos intraabdominales y, por esta razón, el pronóstico materno es bueno. Por el contrario, el fetal es muy malo (40-80% de mortalidad). 	X	X

<p>30. Conducta:</p> <p>1. Medidas de estabilización de la paciente.</p> <p>2. Herida por arma de fuego.</p> <p>a. Diagnóstico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubicación de la bala (radiológicamente). - Condición fetal (ecográficamente). <p>b. Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bala intraútero, con feto vivo: valorar cesárea inmediata (posible lesión fetal, amnionitis, etc.) o tras maduración fetal. - Bala intraútero, con feto muerto: entra en consideración una actitud conservadora, practicando la laparotomía únicamente si aparecen signos de peritonitis. - Bala extrauterina: laparotomía (posibles lesiones viscerales). La cesárea sólo se practicará si el feto es maduro o está muerto, y también si el estado materno es muy inestable. <p>3. Herida por arma blanca.</p> <p>a. Diagnóstico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penetración peritoneal (exploración física, fistulografía, etc.). - Condición fetal (ecografía). <p>b. Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay penetración peritoneal: observación. - Penetración peritoneal en el abdomen superior: exploración quirúrgica inmediata. - Penetración peritoneal en el abdomen inferior (posible lesión uterina, pero no visceral): <ul style="list-style-type: none"> (a) <u>Paciente estable, con feto inmaduro:</u> observación estricta. (b) <u>Paciente inestable:</u> exploración quirúrgica inmediata. Extracción fetal o no, según las circunstancias. 	X	X
<p>31. Fracturas pélvicas.</p> <p>A. Ante la sospecha, en una gestante traumatizada, de una fractura pélvica, resulta urgente evaluar si se trata de una fractura complicada o no (hematoma retroperitoneal, traumatismo urinario, etc.).</p> <p>B. Conducta.</p> <p>1. Fractura no complicada: tratamiento sintomático.</p> <p>2. Fractura complicada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reparación de lesiones (urinarias, etc.). - Hemostasia. Puede ser especialmente difícil la hemostasia de la arteria glútea superior, que, en algunos casos, precisará la ligadura de la arteria hipogástrica (compromiso fetal). <p>C. Tipo de parto. Dependerá de la distorsión del canal pélvico y de la existencia de lesiones urinarias que hayan precisado reparación quirúrgica.</p>	X	X
<p>32. Quemaduras.</p> <p>A. El pronóstico fetal dependerá del materno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje de superficie corporal y su profundidad se correlaciona directamente con el pronóstico materno. • Cuando la superficie corporal quemada es del 40%, hay que contar con una mortalidad materna del 2-4% y fetal superior al 20%. • Si la extensión alcanza el 50%, la mortalidad materna es del 25%, y la fetal, superior al 50%. <p>B. Conducta.</p> <p>1. Tratamiento de la quemadura según las normas habituales (evitar hipovolemia, sepsis, acidosis, etc.).</p> <p>2. La complicación obstétrica más frecuente es el parto pretérmino. Se desencadena por deshidratación e hipoxemia. El tratamiento de la APP (Amenaza de Parto Prematuro) debe individualizarse. La utilización de betamiméticos está contraindicada.</p> <p>3. Obstétricamente, si la extensión de la superficie corporal afectada es superior al 50%, está indicada la extracción fetal en el transcurso de las primeras horas, siempre que el feto se considere viable.</p>	X	X
<p>33. Cesárea urgente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cesárea urgente se indica en: <ul style="list-style-type: none"> A. Sufrimiento fetal con sospecha de DPPNI (Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta) o rotura uterina. B. En los casos en que la madre no responde a las maniobras de reanimación (cesárea perimortem). 	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



ZIKA Y EMBARAZO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
U06.9	Fiebre del zika
A92	Otras fiebres virales transmitidas por mosquitos.

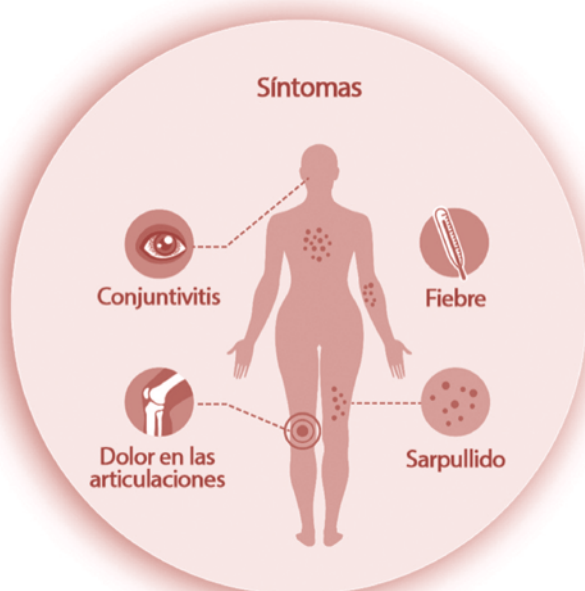
DEFINICIONES

El virus de Zika es un flavivirus que se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos *Aedes* infectados. Este vector transmite también el virus del dengue y el virus chikungunya y suele encontrarse en las zonas tropicales y subtropicales de África, las Américas, Asia y el Pacífico. Aunque el virus de Zika se detectó por primera vez en el ser humano en 1952

A partir de la detección de la asociación de la infección por Zika con el desarrollo de microcefalia y el Síndrome de Guillan Barré (SGB), se plantea como una emergencia de salud pública en el año 2015, para luego pasar a ser un evento que persistirá en la región de las Américas.

<p>SINTOMATOLOGÍA</p>	<p>El virus se replica en las células dendríticas cerca del punto inicial de inoculación, y desde allí se desplaza a los ganglios linfáticos y la sangre. La infección suele ser asintomática y autolimitada en un 80% de los sujetos. En el resto de los casos, los síntomas suelen ser leves y duran entre 3 y 7 días.</p> <p>Por lo general, las personas que se infectan con el virus del Zika no se sienten lo suficientemente enfermas como para ir a la unidad de salud u hospital y es muy raro que mueran por causa de este virus. Por esta razón, muchas personas no se dan cuenta de que están infectadas. Los síntomas del virus del Zika son similares a los de otros virus que se propagan a través de las picaduras de mosquitos, como el dengue y el Chikungunya.</p>
<p>LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES DEL ZIKA SON:</p>	<p>Es importante enfatizar que la mayoría de los casos se presenta sin fiebre, siendo el exantema maculopapular el signo más preponderante Pudiendo estar acompañado de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Febrícula o fiebre menor de 38,5°C. La fiebre suele durar un par de días, y se acompaña de exantema desde el primero o el segundo día - Conjuntivitis no purulenta - Dolor en las articulaciones
<p>OTROS SÍNTOMAS CON MENOR FRECUENCIA DESCRITOS INCLUYEN:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor muscular (mialgias) y articulares de intensidad leve a moderada - Dolor retroorbitario - Dolor de cabeza - Anorexia - Náuseas y vómitos - Malestar abdominal y diarrea <p>El virus del Zika por lo general permanece en la sangre de la persona infectada por cerca de una semana. Una vez que una persona ha sido infectada, es muy probable que sea inmune a futuras infecciones.</p>

Sintomatología más frecuente del virus del Zika



DIAGNÓSTICO DE ZIKA Y EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DIAGNÓSTICO	HALLAZGOS
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	<p>La enfermedad aguda por Zika aparece como un exantema acompañado o no de fiebre y uno o más de los síntomas acompañantes mencionados anteriormente.</p> <p>Un elemento de mayor fuerza para establecer diagnóstico presuntivo de infección por virus del Zika, lo constituye el antecedente de haber estado, en los días previos, en un área o territorio donde se encuentra el vector o el hecho mismo de haber estado en contacto o convivido en las últimas semanas con personas con la misma sintomatología. Es importante considerar que el vector del virus del Zika está presente en el todo el país.</p>
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DIFERENCIAL	<p>El diagnóstico diferencial incluye numerosas infecciones bacterianas y víricas que causen exantema y fiebre, entre ellas la infección por otros arbovirus endémicos en regiones tropicales, como el dengue y el Chikungunya, que pueden causar un cuadro clínico similar.</p>
DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN	<p>La confirmación requiere de un laboratorio local o de referencia que pueda hacer las pruebas para detección del virus del Zika.</p>
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	<p>Los pasos recomendados para llegar a un diagnóstico en las embarazadas son los mismos que los recomendados para la población general, de preferencia el diagnóstico laboratorial se deberá de realizar en los 3 primeros días de iniciado los síntomas. Recordar siempre que la viremia con el virus del zika es corta y de baja intensidad, por lo que pasado ese tiempo podría no detectarse, aun con técnicas moleculares</p> <p>El virus de Zika también se puede detectar en muestras de orina recogidas durante la fase aguda de la enfermedad, y ello hasta transcurridas tres semanas después de la aparición de los síntomas. El diagnóstico mediante RT-PCR también se puede utilizar para detectar el ARN del virus en la saliva y en el líquido amniótico, aunque no se recomienda utilizar este tipo de muestras como primera opción para las pruebas diagnósticas.</p> <p>Asimismo, se pueden realizar pruebas serológicas para diagnosticar el virus: a partir del séptimo día tras el inicio de los síntomas, es posible detectar anticuerpos de tipo IgM mediante ensayos de inmunoadsorción enzimática (ELISA) o inmunofluorescencia.</p> <p>Sin embargo en países endémicos para Dengue éstas pruebas pueden dar reacciones cruzadas con anticuerpos generados por una infección por el virus Dengue o por las personas que han sido vacunadas contra la Fiebre Amarilla.</p>

VÍAS DE TRANSMISIÓN

PICADURA DE UN MOSQUITO INFECTADO	<p>El virus del Zika se propaga entre las personas, principalmente a través de la picadura de un mosquito infectado. Tienen a picar a las personas y viven cerca de ellas en lugares cerrados o al aire libre. Los mosquitos que transmiten los virus de Chikungunya, dengue y Zika pican de manera agresiva durante el día, pero también pueden hacerlo por la noche. Los mosquitos se infectan cuando se alimentan de la sangre de una persona ya infectada con el virus.</p>
DE MADRE A HIJO	<p>Una mujer embarazada puede transmitir el virus del Zika a su feto durante el embarazo o al momento de nacer. La infección por el virus del Zika es una de las causas de microcefalia y de otros defectos graves en el cerebro.</p> <p>Hasta el momento, no se han reportado casos de bebés que hayan contraído el virus del Zika a través de la lactancia materna. Debido a los beneficios de la lactancia materna, se les recomienda a las madres que amamenten incluso en zonas donde se encuentra el virus del Zika.</p>
RELACIONES SEXUALES	<p>La transmisión sexual del virus del Zika se ha asociado al sexo anal, vaginal y posiblemente también oral sin el uso de condón.</p> <p>Las evidencias publicadas han mostrado que se ha detectado el virus de Zika en el semen hasta 6 meses después de la aparición de los síntomas.</p>
TRANSFUSIÓN DE SANGRE	<p>No se ha confirmado ningún caso de transmisión a través de transfusiones de sangre en los Estados Unidos. Se han reportado múltiples casos de transmisión del virus por transfusión de sangre en Brasil. Actualmente se están investigando estos casos.</p>

EXPOSICIÓN EN LABORATORIOS Y ENTORNOS DE ATENCIÓN MÉDICA	Se han publicado cuatro informes de infecciones por el virus del Zika adquiridas en laboratorio. La OMS ha emitido recomendaciones disponibles para que el personal de salud prevenga la exposición al virus del Zika en entornos de atención médica.
TRANSMISIÓN CONGÉNITA O INTRAUTERINA DEL VIRUS DEL ZIKA	Se produce cuando una mujer se infecta con el virus del Zika durante el embarazo, pero antes del parto, y el virus pasa al feto.
TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIRUS DEL ZIKA	Ocurre cuando una mujer se infecta con el virus del Zika en algún momento durante las 2 semanas antes del parto y el virus pasa al bebé alrededor del momento del parto o durante el parto. • Si un bebé contrae la enfermedad por el virus del Zika en la etapa prenatal, puede presentar síntomas como sarpullido maculopapular.

COMPLICACIONES POR LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ZIKA:

1.- Síndrome congénito asociado a la infección por el virus de Zika:

- Microcefalia, desproporción cráneo-facial
- Desproporciones antropométricas
- Cuero cabelludo redundante con rugosidades
- Hipertonía o espasticidad, Irritabilidad
- Crisis epilépticas
- Compromiso articular (varía desde un pie torcido hasta malformaciones graves de manos y pies, artrogriposis)
- Anormalidades auditivas y visuales (alteraciones pigmentarias focales de la retina, atrofia coriorretiniana e hipoplasia del nervio óptico) y la audición y anomalías cerebrales.

2.- Abortos y mortalidad fetal

3.- Complicaciones Neurológicas:

- Síndrome de Guillain-Barré
- Meningoencefalitis
- Mielitis

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ZIKA DURANTE EL EMBARAZO

MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL:

Se recomiendan las siguientes intervenciones para la población general y, especialmente, para las embarazadas:

- Proteger la piel contra la exposición a los mosquitos, con ropa que cubra al máximo el cuerpo (por ejemplo, camisetas de manga larga, pantalones y faldas largas)
- Usar mosquiteros (tratados con insecticida o no), incluso para dormir durante el día.
- Colocar telas metálicas en puertas y ventanas.
- Aplicar repelentes de insectos aprobados por las autoridades sanitarias locales para ser utilizados sin riesgo durante el embarazo (por ejemplo, repelentes que contienen DEET (dietil toluamida) El producto se deberá aplicar, según sea necesario, en las zonas expuestas del cuerpo, e incluso en la ropa

PROTECCIÓN DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

Hay que tener en consideración que una persona con el virus del Zika puede transmitir la infección por vía sexual a sus parejas sexuales.

RECOMENDACIONES

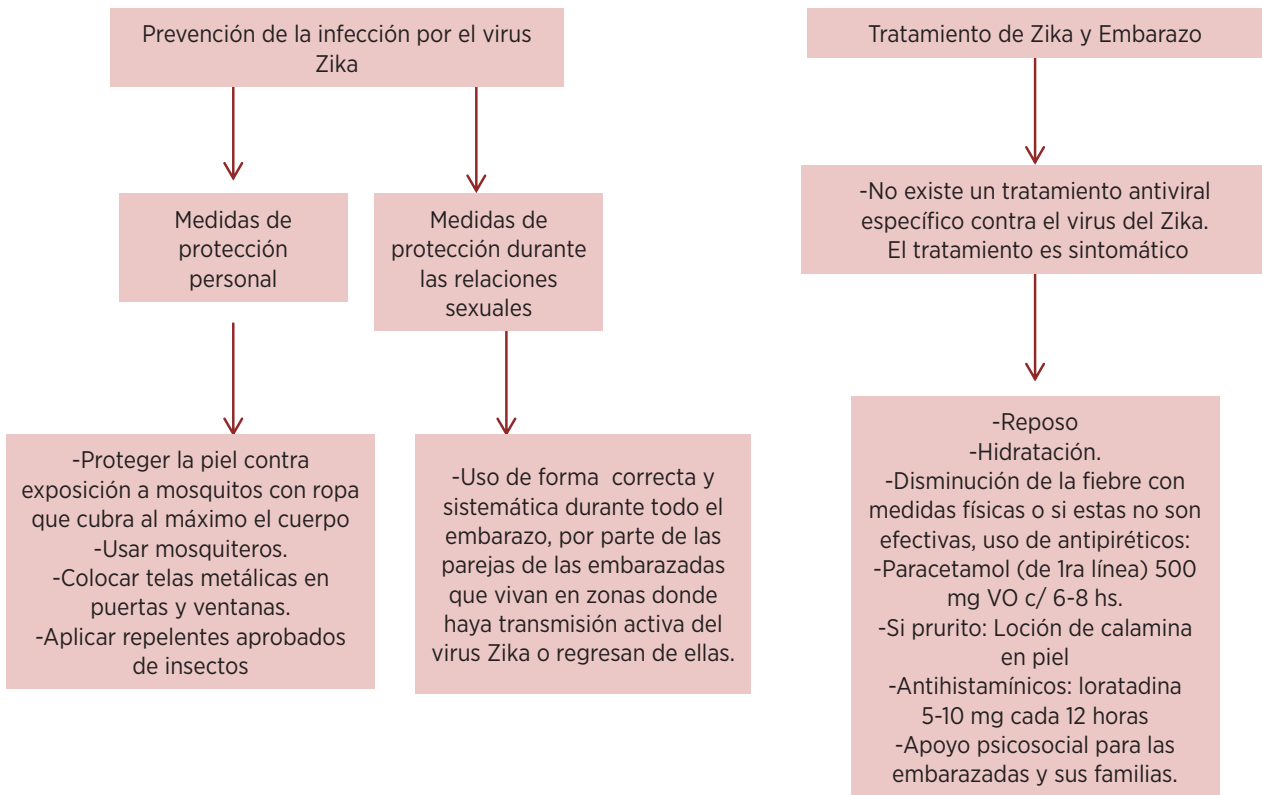
Hay que tener en consideración que una persona con el virus del Zika puede transmitir la infección por vía sexual a sus parejas, por ello, es fundamental que:

- Las parejas de las embarazadas que vivan en zonas donde haya transmisión activa del virus de Zika o regresen de ellas deberán usar, de forma correcta y sistemática, preservativos de látex durante todo el embarazo.
- Para que sean efectivos, los condones se deben usar en todo momento cada vez que se tenga sexo vaginal, anal u oral y comparta juguetes sexuales.
- La abstención de las relaciones sexuales reduce el riesgo de contraer el virus del Zika a través del sexo.

TRATAMIENTO - ZIKA Y EMBARAZO

PROTOCOLO DE MANEJO DE ZIKA Y EMBARAZO	NIVEL		
	I	II	III
No existe un tratamiento antiviral específico contra el virus del Zika. El tratamiento es meramente sintomático. Se recomienda lo siguiente:	I	II	III
1. Reposo, hidratación y empleo de analgésicos y antipiréticos.	X	X	X
2. Disminución de la fiebre de la gestante con medidas físicas (pañuelos húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se deberán usar antipiréticos y analgésicos, el acetaminofén o paracetamol es el de primera línea. La dosis recomendada es de 500 mg vía oral cada 6 u 8 horas, no sobrepasar los 4 gramos al día, ya que se puede asociar con daño hepático.	X	X	X
3. Dado que a veces puede resultar difícil discernir esta infección, de la causada por el virus del dengue, se recomienda evitar el uso de ácido acetilsalicílico (aspirina) y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES), para evitar el riesgo de hemorragia.	X	X	X
4. El prurito es una de las molestias más frecuentes. Se recomienda la aplicación en la piel de loción de calamina o crema acuosa a base de mentol. Se puede recomendar tratamiento sistémico con antihistamínicos, específicamente Loratadina, la cual tiene un elevado nivel de seguridad, vía oral 5 a 10 mg cada 12 horas.	X	X	X
5. Es importante la hidratación. Se debe aconsejar a las pacientes a ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la depleción por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles.	X	X	X
<p>6. APOYO PSICOSOCIAL PARA EMBARAZADAS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ZIKA</p> <p>El personal de salud debe proporcionar apoyo a las mujeres infectadas por el virus de Zika durante el embarazo, empezando con proporcionar información precisa sobre esta infección y sus posibles efectos. Hay que tener presente que la infección por el virus del Zika, es una enfermedad muy poco conocida y que causa ansiedad en las personas y las comunidades afectadas. Las mujeres que se han infectado por el virus de Zika durante el embarazo y/o a las que se les dice que su hijo puede tener o tiene microcefalia pueden reaccionar de diversas formas y tiene muchas probabilidades de desarrollar síntomas de angustia. La forma en que el personal valore y atienda estos casos puede tener repercusiones en el bienestar psicosocial de las pacientes y sus familias. Por ello es fundamental que el personal de salud ofrezca información clara y precisa e informe a la embarazada y su familia sobre las posibles consecuencias, así como los recursos disponibles en el sistema de salud para apoyar a la familia y al recién nacido inmediatamente después del parto.</p>		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
F32	Episodio depresivo
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F53	Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte

- Elaborado por: Dr. Hugo Rodríguez (médico psiquiatra), Lic. Ana Vera (psicóloga clínica y psicoterapeuta).
- Revisado por: Dra. Mirta Mendoza Bassani (médica psiquiatra y psicoterapeuta).

DEFINICIONES

Introducción:

El rango etario en el que se observa la mayor incidencia de la mayor parte de los trastornos psiquiátricos coincide con el período fértil de la mujer; por ende, el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico durante el embarazo o la lactancia es una situación esperable. La información disponible sobre la seguridad reproductiva de los psicofármacos es limitada. Ante la necesidad de indicar un tratamiento para un trastorno psiquiátrico durante la gestación o la lactancia, se deberán tener en cuenta las ventajas y desventajas de cada opción terapéutica, y proceder a un empleo racional de recursos, estableciendo el consentimiento informado con la usuaria y su entorno.

Contrario a la creencia popular, respecto de que el periodo perinatal sería una etapa protectora para la mujer en lo que concierne al inicio y reaparición de trastornos mentales, el puerperio constituye uno de los periodos de mayor riesgo para la presentación de este tipo de patologías. Esto principalmente dado por factores biológicos, basados en los cambios fisiológicos experimentados durante esta etapa, como también por elementos contextuales y psicosociales que afectan a la mujer.

¿Depresión Periparto o posparto?

Consideraciones generales

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo, el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo.

La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del auto-reporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo.

Uno de los factores más afectados por la depresión materna es el apego infantil, definido como el vínculo que establece el bebé con los adultos significativos, que lo lleva a permanecer junto a ellos en el tiempo y espacio y le otorga protección y seguridad (Bowlby, 1988). Para desarrollar un apego seguro el niño/a requiere de un cuidador sensible, que muestre afectos positivos y sincronía en la interacción, no logrando las madres deprimidas desplegar este repertorio (Svanberg Mennet, y Spieker, 2010). Por el contrario, las madres deprimidas reportan sentimientos hostiles y vivencias de estrés en relación al intercambio con sus bebés, así como percepciones negativas en cuanto a las conductas que este presenta (Cornish et al., 2006). Se ha descrito una mayor incidencia de apegos infantiles inseguros en hijos/as de madres deprimidas (Martins y Gaffan, 2000) y se reportan más efectos negativos en el vínculo, mientras más severa y crónica sea la depresión de la madre (McMahon, Barnett, Kowalenko y Tennant, 2006).

La detección precoz y un adecuado tratamiento de la depresión en el periodo perinatal y en el puerperio puede evitar consecuencias negativas tanto para la mujer como en el vínculo madre-hijo. Esto exige a los equipos de salud de un trabajo conjunto y multidisciplinario para abordar apropiadamente estos cuadros.

Apreciación Diagnóstica:

La sintomatología de la depresión en el período perinatal y postnatal, es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber tenido un hijo.

Criterios diagnósticos de episodio depresivo

Presencia de 2 síntomas fundamentales y 2 síntomas accesorios en un mínimo de 15 días de duración.

Síntomas fundamentales

- Humor deprimido, estado de ánimo triste, llanto, abatimiento y labilidad emocional.
- Pérdida de interés ante situaciones, cosas y personas. No siente placer ni disfruta de momentos gratificantes
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta”.

Síntomas accesorios

- Disminución de la concentración y la atención.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo. Sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del bebé.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del bebé o verse a sí mismas como madres malas.
- Pensamientos de muerte o suicidio. Acciones autolesivas, intentos de suicidio. Puede pensar en hacerse daño o hacerle daño a su bebé.
- Alteración de los ciclos de sueño, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta causando déficit de descanso.
- Alteración del apetito con variaciones de peso. (aumento o disminución)
- Disminución de la calidad de vida al verse afectada la funcionalidad de la persona para llevar a cabo actividades de su vida cotidiana, afectando sus relaciones sociales, familiares, trabajo, estudio y rutina doméstica (se ve en las formas moderadas y graves).

Clasificación de la gravedad

- **Episodio leve:** 2 síntomas fundamentales y 2 accesorios
- **Episodio moderado:** 2 síntomas fundamentales y 3 o 4 accesorios
- **Episodio grave:** 3 síntomas fundamentales y más de 4 accesorios

La depresión en la etapa perinatal y postnatal puede afectar a cualquier mujer, independientemente de su edad, raza, origen étnico o situación económica.

Los factores de riesgo que han mostrado asociaciones fuertes y consistentes con el desarrollo de la depresión en el periodo prenatal y posparto son:

- Historia personal o familiar de depresión.
- Antecedentes personales de depresión durante el embarazo.
- Antecedentes personales de ansiedad durante el embarazo.
- Antecedentes personales de depresión posparto.
- Acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el inicio de puerperio.
- Bajo nivel de apoyo social.

Plan terapéutico

El tratamiento de la depresión consiste en intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, dependiendo de la severidad del cuadro.

La Psicoterapia y la psicoeducación son de primera elección para los casos leves y moderados, especialmente en ausencia de antecedentes de depresión. La farmacoterapia se puede indicar en los casos moderados y severos.

1. Educación de las pacientes y sus familiares (psicoeducación)

Puntos principales que tienen que ser aclarados en la educación de pacientes y familiares

La depresión no es debilidad de carácter ni falta de voluntad.

- La depresión no es causada por falta de ocupación.
- La depresión no mejora ni espontáneamente ni con el esfuerzo personal.
- Los medicamentos para la depresión no causan dependencia.
- La depresión es una dolencia o enfermedad, para la cual existe tratamiento y en gran parte de los casos, es curable.

Las sesiones de psicoeducación se deben orientar a explicar a la paciente la naturaleza del trastorno depresivo, enfatizando en la reducción del sentimiento de fracaso en la tarea de asumir la maternidad. Los contenidos relevantes están relacionados a la crianza temprana, tales como: consuelo efectivo del llanto, manejo de cólicos, lactancia materna, fortalecimiento del apego seguro, entre otras.

La modalidad psicoeducativa puede ser individual y grupal. Cualquier personal de salud capacitado en salud mental puede llevar adelante esta estrategia educativa. El principal objetivo consistirá en dar al paciente y familiar el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental. Con ello se busca disminuir los índices de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

En este ámbito, es relevante también considerar dentro de las acciones de tratamiento, la vinculación de la mujer y familia, con los recursos de apoyo disponibles en la red local (grupos de autoayuda, grupo para madres, etc.)

2. Tratamiento psicoterapéutico

Existen modelos de tratamiento psicoterapéuticos que son complementarios al tratamiento farmacológico y que deben ser realizados por especialistas (psicólogos y psiquiatras psicoterapeutas). Los abordajes recomendados son:

- **La Terapia cognitivo conductual** que tiene como objetivo enseñar al paciente a identificar y modificar sus pensamientos negativos e irracionales comprendiendo como su forma de abordar e interpretar la realidad puede ser la responsable de su estado depresivo, no la realidad en sí. Se combinaría con técnicas destinadas a aumentar su actividad y abordar sus dificultades.
- **La Terapia interpersonal breve** que tiene como objetivo aliviar los síntomas del paciente y ayudarlo a desarrollar estrategias para afrontar sus dificultades sociales e interpersonales.
- **Terapia de solución de problema** que tiene como objetivo ayudar a los pacientes a identificar problemas como causa de malestar psicológico, enseñarles a reconocer los recursos que tiene para enfrentar sus dificultades y facilitarles un método sistemático para sobreponerse de sus problemas y afrontar dificultades en el futuro. Estas modalidades se caracterizan por ser breves (de tiempo limitado) y se focalizan en la problemática actual del paciente.

El énfasis terapéutico está centrado en la comprensión de los mecanismos y de los síntomas de la depresión, en la activación del paciente con refuerzo de las actividades placenteras (agenda positiva), en el combate a los pensamientos negativos y en el abordaje de resolución de problemas.

3. Tratamiento farmacológico

Generalidades

- Minimizar el uso de medicación, principalmente durante el primer trimestre.
- El riesgo sobre el desarrollo del SNC del bebé, se mantiene luego del primer trimestre.
- Agotar recursos no farmacológicos: psicoterapia, medidas socioeducativas.
- En caso de optar por el tratamiento farmacológico, elegir fármacos obteniendo la información más actualizada posible sobre su seguridad reproductiva.
- En caso de farmacoterapia, considerar:
 - Emplear psicofármacos siempre que los beneficios superen los riesgos.
 - Dosis más bajas posibles (sin caer en dosis subterapéuticas), fraccionadas a lo largo del día, por el menor tiempo posible.
 - Preferir terapia monodroga siempre que sea posible.
- Consentimiento informado (emplear el modelo estándar de consentimiento informado aprobado por el M.S.P. y B.S.)
 - Debe obtenerse en todos los casos.
 - Proveer a la paciente información completa y actualizada acerca de los riesgos y beneficios de cada medida terapéutica considerada, y explicar las limitaciones metodológicas para obtener dicha información.
 - No limitarse a los sistemas de clasificación de fármacos según su seguridad durante el embarazo (ej.: clasificación ABC de la Food and Drug Administration). Estas herramientas pueden ser útiles, pero asociadas siempre a información actualizada sobre la seguridad reproductiva del fármaco o los fármacos en cuestión.
 - Interconsulta con el psiquiatra
 - Depresión grave con síntomas psicóticos.
 - Paciente con riesgo de suicidio o infanticidio.

Farmacoterapia en el embarazo

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):

- Fluoxetina: el más estudiado y documentado en embarazo y lactancia.
 - No se asocia a incremento de abortos espontáneos, malformaciones anatómicas importantes ni mortalidad fetal intrauterina.
 - Controversia acerca de su incremento del riesgo de parto prematuro o bajo peso al nacer (s/ todo en exposición durante el 3º trimestre). Ausencia de teratogenicidad neuroconductual en los estudios.
 - Otros ISRS: menos datos en relación a la Fluoxetina, aunque no se han asociado en general a efectos negativos sobre el embarazo.
- Venlafaxina:
 - Menos datos en relación a los ISRS, no se asoció a efectos adversos sobre la gestación.
- Antidepresivos tricíclicos:
 - Se desaconsejan en el 1º trimestre.
 - Sx de abstinencia: irritabilidad, taquicardia, taquipnea, dificultades en la alimentación, convulsiones.
 - Efectos anticolinérgicos.
 - Los síntomas perinatales son, en general, transitorios y reversibles.

Riesgo en el uso de antidepresivos durante el embarazo (RTM IV, 2012)

	Estudios	Riesgo de aborto aumentado	Efectos teratógenos	Efectos perinatales	Efectos neuroconductuales
Imipramina Clomipramina Nortriptilina Maprotilina	++	Probable	No	SEPA ²	No descritos
Fluoxetina	+++	No demostrado	No	SEPA ² Prematuridad Más ingreso en UCI	La exposición fetal a ISRS durante el 1er trimestre de gestación se ha asociado con un incremento de padecer un trastorno del espectro autista ³
Paroxetina	++	Probable	Cardiopatía Septal ¹	SEPA ² Distrés respiratorio	
Sertralina Citalopram Escitalopram Venlafaxina	++	Probable	No	Hipotonía Hipoglicemia	
Fluvoxamina Trazodona	+	Sin datos	No	Sin datos	No descritos
Mirtazapina	No	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

+: muy pocos; ++: pocos, +++: bastantes.

¹Datos controvertidos sobre el incremento de cardiopatías septales tras la exposición a paroxetina en el primer trimestre de gestación. Einarson y cols., 2008. ²SEPA: síndrome de exposición prenatal a anti depresivos. ³Croen LA y cols., 2011.

Fuente: Trastornos psiquiátricos durante el embarazo - Hospital Vall d' Hebron, Barcelona

Farmacoterapia en el posparto

- La lactancia determina la elección del agente farmacológico.
- Los informes sobre efectos adversos en la creciente base de datos sobre exposición a ISRS en la lactancia son escasos.
- Tampoco se registraron efectos a largo plazo

Medicamento	Dosis	Vida media (Horas)
Tricíclicos		
Amiptrilina	25- 300 mg/día	16 - 26
Imipramina	25- 300 mg/día	7- 17
Clorimipramina	25- 250 mg/día	21- 31
ISRS		
Fluoxetina*	10 a 80 mg/día	24 a 72
Paroxetina*	10 a 60 mg/día	9 a 28
Sertralina	50 a 200 mg/día	24 a 26
Citalopram	10 a 40 mg/día	Menos de 33
Otros		
Bupropion*	100 a 450 mg	
Venlafaxina	75 a 375 mg/día	5

Fuente: Protocolo 4. Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria en salud. MSP y BS. Dosis corregidas.

La Suicidalidad en mujeres con Depresión durante el embarazo y el posparto

La OMS ha definido el suicidio como “Todo acto por el que un individuo *se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil*”.

Los trastornos mentales, entre ellos la depresión, es uno de los factores más relevantes asociado a la conducta suicida, para la cual se reconocen los siguientes conceptos:

- **Suicidabilidad:** un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.
- **Ideación Suicida:** pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.
- **Parasuicidio** (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.
- **Intento Suicida:** Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.
- **Suicidio Consumado:** Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Es ampliamente conocido que identificar oportunamente el riesgo suicida es una de las medidas más importantes para la prevención de la conducta suicida.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente, aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.

Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.

Riesgo Grave: hay una preparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.

Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.

Psicosis periparto (DSM V) o posparto

Consideraciones Generales

La psicosis puerperal o postparto es un tipo de trastorno psicótico que aparece en mujeres que acaban de tener un bebé, generalmente en las dos semanas que siguen al parto. Se caracteriza por síntomas típicos de la psicosis como alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento, desinhibición conductual y catatonía.

En los trastornos psicóticos se da una pérdida de contacto con la realidad que puede manifestarse en distintas áreas y tiene una gravedad variable. Se cree que existe una fuerte influencia genética que determina el desarrollo de síntomas de psicosis.

Una de cada 1000 mujeres que tienen un bebé sufre una crisis psicótica poco después del parto. Aunque los manuales psiquiátricos no recogen la psicosis puerperal como un trastorno específico, muchos profesionales utilizan este concepto para hacer referencia a tales situaciones.

Las mujeres con psicosis esquizofrénica tienen más riesgo de gestaciones no planificadas, y más probabilidades de tener poco soporte social y sufrir consecuencias legales como perder la custodia del recién nacido, lo que las hace más vulnerables a las recaídas en este momento vital. Los síntomas psicóticos pueden tener resultados devastadores en la mujer, tanto de tipo clínico como en su funcionamiento diario y en la capacidad para cuidar al recién nacido, por lo que se deben explicar los riesgos de la exposición a la medicación, de la psicosis durante la gestación y el posparto haciendo hincapié en el cuidado de la madre y el bebé. La familia debe estar implicada en el tratamiento.

Trastorno psicótico agudo

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica que refleje el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno.

El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

- a. Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general. El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. La presencia de síntomas agudos entre 48 horas a dos semanas no se refiere al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo.
- b. Presencia de síndromes típicos. Los síndromes típicos seleccionados son en primer lugar el estado de ánimo rápidamente cambiante y variable, "polimorfo" (de distintas características) y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.
- c. Presencia de estrés agudo. La presencia de estrés agudo puede también especificarse, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de las personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.
- d. Ausencia de una causa orgánica, tal como conmoción cerebral, delirium o demencia. Puede observarse también perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata. Pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto.

Apreciación diagnóstica del episodio psicótico agudo DSMV

Una crisis psicótica puede presentar los siguientes síntomas

- **Delirios** Una idea delirante es una alteración del contenido del pensamiento. Consiste en la existencia de una creencia falsa, fija, que no tiene ningún fundamento racional con la realidad, que surge sin una estimulación externa apropiada y que se mantiene inamovible frente a la razón.
- **Alucinaciones.** La alucinación es la percepción sensorial en ausencia de objeto o estímulo externo, con características similares a la percepción normal y con pleno convencimiento de realidad por parte de la persona que la padece. Son más frecuentes las alucinaciones auditivas y visuales.
- **Discurso desorganizado.** Es la pérdida de la idea directriz en el discurso, como consecuencia de la ruptura de las asociaciones normales, fluyendo los pensamientos sin conexión lógica.
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

No incluir un síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente.

Se considera este cuadro como una psicosis periparto si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.

Pasada la fase aguda la persistencia de los síntomas nos hace pensar en el diagnóstico de esquizofrenia

Plan de tratamiento

Embarazo

- Las mujeres con esquizofrenia son muy vulnerables a complicaciones psiquiátricas durante el embarazo.
- Una descompensación psicótica pone en peligro los cuidados prenatales así como el propio bienestar de la paciente.
- Mujeres con esquizofrenia tienen incidencia más elevada de retardo del crecimiento intrauterino, partos prematuros y mortalidad perinatal.
- El tratamiento antipsicótico de mantenimiento se hace necesario.
- El uso de antipsicóticos típicos de alta potencia (Haloperidol) resultó menos teratogénico que el de antipsicóticos típicos de baja potencia (Clorpromazina).
- Existen pruebas de teratogenicidad neuroconductual en animales para los antipsicóticos típicos de alta y baja potencia. Estudios en humanos no han señalado estos hallazgos, aunque dichos estudios son limitados.
- Se han descrito síntomas neonatales transitorios posteriores a la exposición intrauterina, especialmente con antipsicóticos típicos de baja potencia: sedación, hipotensión, taquicardia, obstrucción intestinal, ictericia neonatal, efectos parkinsonianos y problemas de alimentación.
- Los antipsicóticos atípicos (Risperidona, Olanzapina) son medicamentos más nuevos, por lo tanto, sus efectos son menos conocidos.
- Tratamiento de síntomas extrapiramidales, que son efectos colaterales de los antipsicóticos: Difenhidramina.

Riesgo en el uso de fármacos antipsicóticos y antiparkinsonianos durante el embarazo.

	Estudios	Efectos teratogénos	Efectos perinatales	Efectos neuroconductuales
Antipsicóticos de primera generación				
Incisivos Haloperidol Trifluoperazina	+++	No	Síndrome de discontinuación Efectos extrapiramidales	No alteraciones en estudios a 5 años
Sedativos Fenotiacinas Clorpromacina	+++	Malformaciones inespecíficas, cardiopatías, disminución de perfusión placentaria ¹	Hiperbilirrubinemia Retinopatía por depósito de melatonina	Sin datos
Antipsicóticos de acción prolongada				Sin datos
Antipsicóticos de segunda generación				
Olanzapina	++	No	Síndrome del niño flácido	Sin datos
Clozapina	+	No	Convulsiones	
Risperidona	+	No	Efectos extrapiramidales	
Quetiapina	+	No	Sin datos	
Ziprasidona	Sin datos	Sin datos	Sin datos	
Aripiprazol	Sin datos	Sin datos	Sin datos	
Antiparkinsonianos				
Biperideno	+	Sin datos	Sin datos	Sin datos

+: muy pocos; ++: pocos; +++: bastantes.

¹Datos obtenidos utilizados a dosis antieméticas. Escasos datos en pacientes con trastornos psicóticos.

Fuente: Trastornos psiquiátricos durante el embarazo - Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Postparto

- En situación de crisis: Internación. Antipsicóticos a dosis plenas. Y se suspende la lactancia.
- Cuadros en remisión: tratamiento con monodroga, la dosis más baja posible y fraccionada a lo largo del día, se puede reintroducir la lactancia. Antipsicóticos de elección: Típicos: Haloperidol y Clorpromazina; atípicos: Olanzapina.

Contención química

Iniciar con una ampolla de haloperidol (5mgr.) intramuscular.

Esperar 4 hs. Si no hay mejoría: Repetir la dosis y así sucesivamente hasta que la persona disminuya su excitación psicomotriz

Si hay mejoría volver hacer inyectable cada 6 a 8 horas hasta que el el/la paciente acepte medicación vía oral

Precauciones a tomar:

Medición de presión arterial

Antes de repetir la dosis de inyectable de los anti psicóticos. Si la P/A es menor a 80/50: no repetir la dosis hasta que aumente.

Observar efectos colaterales

Puede sobrevenir espasmo de torsión: el paciente puede tener una torcedura del cuello, desvío de los ojos, contractura de miembros.

Se trata con una ampolla de Akineton (biperideno).

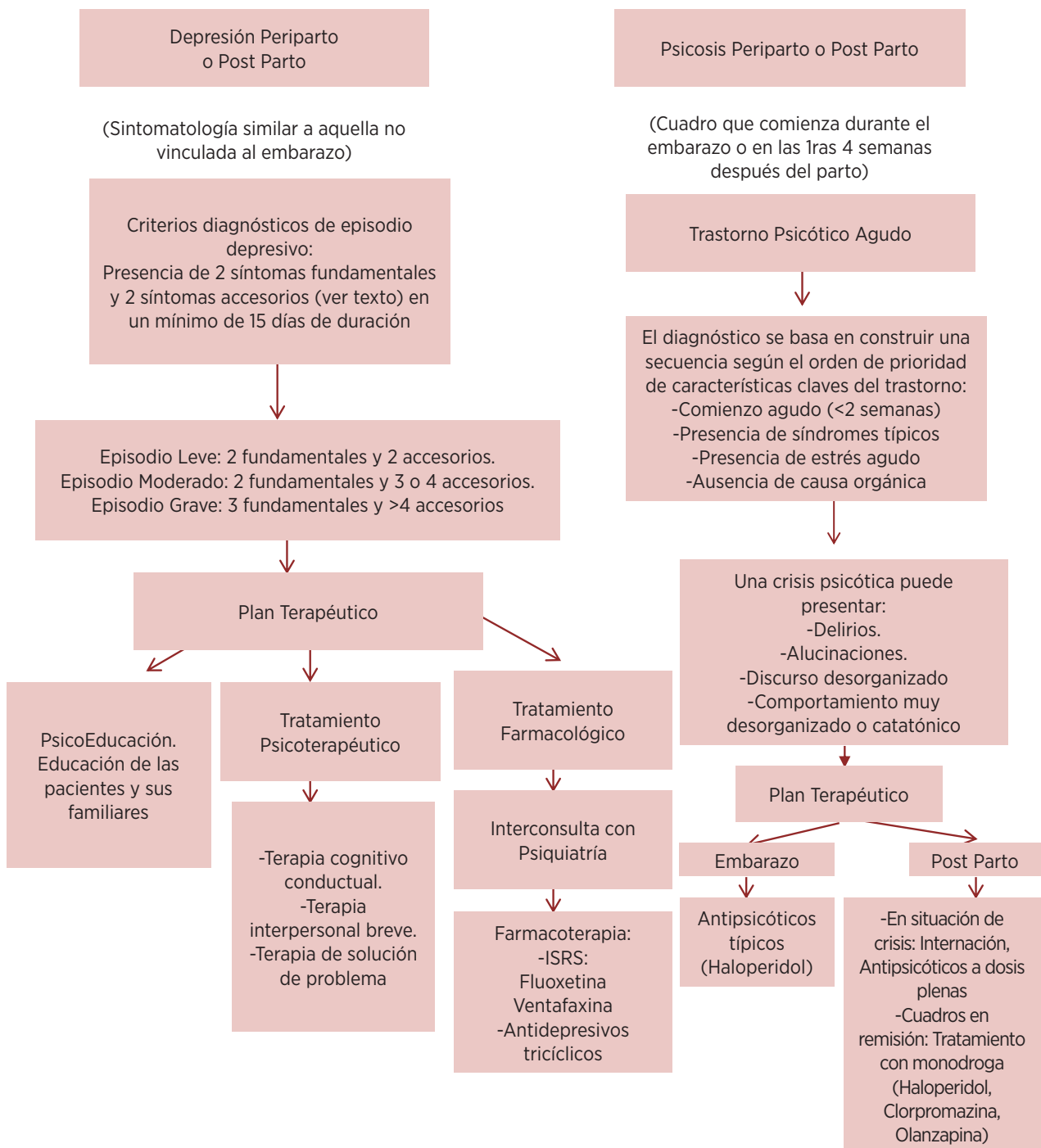
Contención mecánica

Evaluar la necesidad en el momento de crisis aguda. Una manera de contención mecánica es envolver al paciente con una sábana o frazada todo el cuerpo.

b. Tratamiento específico del trastorno psicótico (esquizofrenia o fase maniaca con síntomas psicóticos del trastorno bipolar) Iniciar con un antipsicótico atípico (risperidona 3 a 6 mg/día u olanzapina 10 a 20 mgr/día) o típico (haloperidol de 5 o 20 mg/día).

Esperar resultados a la primera o segunda semana. Si no mejoran los síntomas positivos: alucinaciones, delirios, inquietud motora, se deberá realizar interconsulta o remitir al especialista.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado de mirar hacia adelante	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Si, a veces	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Si, a veces	
		d) Si, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) N, no mucho	
		c) Si, a veces	
		d) Si, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.	
		d) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Si, a veces	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Si, a veces	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Solo ocasionalmente	
		c) Si, bastante a menudo	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Si, bastante a menudo	

A las respuestas se le otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada
a)=0 puntos b)=1 punto c)=2 puntos d)=3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 items.

ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO.
Alvarado, R. Guajardo, V. Rojas, G. Jadresic, E. Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas. Santiago; 2012 dic
Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom
Obstet Gynaecol. diciembre de 1995;16(4):187-91
Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

APARTADOS ESPECIALES

APARTADO 1 - EVALUACIÓN MATERNO FETAL

Ecografía

La **ecografía** en el embarazo es una técnica de diagnóstico prenatal no invasiva que sirve para obtener imágenes del embrión o del feto mediante ultrasonidos y controlar la evolución de la gestación.

Esta técnica de diagnóstico es sencilla, barata, cómoda, inocua y fiable.

Es operador dependiente.

La importancia de la primera ecografía: la primera ecografía nos servirá de parámetro para certificar la edad gestacional con la FUM de la paciente.

¿Cuándo estaría indicada la modificación de la edad gestacional en función de la ecografía?

En un documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, dice lo siguiente:

1. Cuando la fecha de la concepción o de la Última menstruación sean inciertas y la biometría Embrio/Fetal difiera 5 días de la edad gestacional calculada por la FUM.
2. Entre las 13 y las 20 semanas, es recomendable cambiar la FPP cuando la diferencia entre la FPP calculada por la FUM y la biometría fetal es mayor de 10 días.
3. Cuando todas las medidas fetales están fuera del rango de error de la edad gestacional calculada por la FUM.
4. En etapas tardías del embarazo no debe realizarse la corrección de la FPP sobre la base de medidas ecográficas, si ésta ha sido establecida en etapas tempranas de la gestación.

EVALUACIONES ECOGRÁFICAS

I. Ecografía del 1er trimestre: (Evaluación fetal) 11-14 semanas para evaluar:

- a. Vitalidad, número de fetos y corionicidad.
- b. Datar el embarazo (el CRL o LCN se considera edad gestacional, si la FUM es insegura o incierta).
- c. Evaluación anatómica fetal (revisión estructural básica): calota, miembros, etc.
- d. Rastreo de malformaciones uterinas y miomas (aumenta riesgo de APP).

En la Ecografía de las 11-14 semanas, también se recomienda solicitar: *(dependerán de la disponibilidad técnica del servicio)*

- a. Marcadores del primer trimestre de cromosomopatías (aplica CRL o LCN 45-84 mm) utilizando las tablas de Fetal Test, FMF (Aplicación de FMF es libre) o tabla de Perinatology que solo necesita (CRL o LCN - TN).
Adicionalmente puede incluirse en el tamizaje el hueso nasal, Doppler del Ductus Venoso / de la válvula tricúspide.
Cuando la evaluación establece un riesgo alto, significa que la probabilidad de cromosomopatías o malformaciones está aumentada, por lo cual se debe recomendar una evaluación por el especialista en genética, la evaluación anatómica fetal a las 18-24 semanas y evaluación ecocardiográfica.
- b. Doppler de las arterias uterinas con tablas percentiladas en los servicios entre las 11 - 13,6 semanas. Medir ambas arterias uterinas y utilizar el IP medio. Remitirse a tablas percentiladas (FMF, Perinatology, Fetal Test).

IMPORTANTE: el médico solicitante debe explicar el alcance del estudio a la paciente.

OBS: los estudios dependerán de la disponibilidad técnica del servicio.

II. Ecografía obstétrica en semana 18-24 semanas. Evaluar:

- a. Vitalidad fetal.
- b. Biometría.
- c. Ubicación de placenta. Valoración cualitativa de líquido amniótico (BM normal 2 cm)
También se recomienda solicitar: *(dependerán de la disponibilidad técnica del servicio)*
- d. Estudio morfológico a todas las pacientes, en especial, las que presentan riesgo por evaluación del 1º trimestre, y antecedentes maternos de cardiopatía congénita.
- e. Doppler uterinas IP medio. Si los valores son anormales, pasar a la paciente a alto riesgo (ver tablas).

- f. Cervicometría preferentemente vía transvaginal. Punto de corte normal ≥ 25 mm. Menor de 25 mm presenta riesgo de APP y remitir a servicios de referencia para evaluación de riesgo de parto prematuro y su manejo correspondiente.

IMPORTANTE: el médico solicitante debe explicar el alcance del estudio a la paciente.

OBS: los estudios dependerán de la disponibilidad técnica del servicio.

III. Ecografía obstétrica en la semana 32 - 34 semanas:

- a. **Evaluar crecimiento fetal.** Percentil > 90 FGEG. Menor a 10 riesgo de RCIU (utilizar curva que incluya CC, CA, y LF. No incluir DBP en el peso Estimado. Sugerimos la Curva de Hadlock II/IV.)
- b. **Evaluar líquido amniótico:** Utilizar el Índice de Phelan (5-25 normalidad). Se puede utilizar también el BM: valores normales ≥ 2 a ≤ 8 cm.
- c. **Índice de líquido amniótico (ILA).** El resultado es referido en centímetros, y se puede expresar con o sin unidades, las dos son correctas (ej. ILA 23,0 o ILA 23 cm). Valores y límites de normalidad.

En caso de ILA alterado enviar para evaluación de Alto Riesgo.

< 2 oligoamnios severo
< 5 oligoamnios
5-25 normalidad ecográfica del LA
>25 polihidramnios

- d. En caso de polihidramnios buscar anomalía fetal y descartar patología metabólica materna.
- e. En caso de Oligoamnios descartar RPM (clínico). Correlacionar con crecimiento fetal (percentil < 10 descartar RCIU). Se sugiere complementar con:
1. Doppler umbilical y cerebral media. Usar IP (ver tablas) e Índice cerebro-umbilical.
 - Con Doppler normal, control en 7 días por consultorio de Alto Riesgo.
 - En Doppler patológico remitirse a la TABLA II de RCIU.
 - Si solo el IP umbilical está alterado, control cada 3 días. Si además se altera la CM y el índice, se sugiere internación para decidir conducta.
 - g.En gestación < 32 semanas, con Doppler normal, realizar controles semanales. Con Doppler patológico solo la umbilical, control cada 3 días. Si el Doppler es patológico (U, CM, Índice) evaluar Ductus venoso, y si es normal, evaluar en 24 horas. Y si DV es anormal (onda a reversa) interrumpir el embarazo previo protocolo de maduración pulmonar fetal y neuroprotección.
 2. Doppler AUt en caso de no haberse realizado en el primer o segundo trimestre.
- f. A partir de las 37 semanas, todos los embarazos con patología fetal o patología materna con Doppler alterado (U, CM, Índice) se indica internación para decidir conducta teniendo en consideración cada caso particular

OBS: los estudios dependerán de la disponibilidad técnica del servicio.

IV. Monitoreo fetal anteparto: Indicado como parte del Estudio de Salud Fetal en población de Alto Riesgo.

En menos de 32 semanas: Si no hay ascensos de FCF, pero hay buena variabilidad (5 a 10) se considerará normal.

En mayores de 32 semanas 2 ascensos o más latidos por 15 segundos en 10 minutos se considerarán reactivos.

Recordar que, en caso de hipoxia fetal, el último parámetro que se afectará es la reactividad de la FCF.

OBS: los estudios dependerán de la disponibilidad técnica del servicio.

V. Perfil biofísico fetal: se puede indicar desde las 32 semanas en pacientes de Alto Riesgo. Se utilizará el Score de Manning: Normal 8 a 10. Dudoso 6 a 8. Patológico 0-4. **Tener en cuenta el valor del parámetro alterado.**

OBS: los estudios dependerán de la disponibilidad técnica del servicio.

TABLAS DE REFERENCIA. Utilizar Calculadoras Fetales e incluir las referencias en los informes.

Biometría Ecográfica

Edad Gest.	Largo Embrión	Edad Gest.	DBP	Circunferencia Craneo			Circunferencia Abdom			Largo Femoral		
			P.50	P.03	P.50	P.97	P.03	P.50	P.97	P.03	P.50	P.97
6	4,2	12	21	50	75	100	34	57	74	4	8	13
6,2	5,5	13	24	65	88	113	43	66	79	6	11	15
6,4	6,8	14	27	88	97	106	64	73	83	12	14	16
6,6	8,1	15	30	100	110	120	75	86	97	15	17	19
7,1	9,6	16	34	113	124	135	86	99	112	17	20	23
7,3	11,2	17	37	126	138	150	97	112	127	21	24	27
7,5	12,9	18	41	137	151	165	109	125	141	23	27	31
8	14,7	19	44	149	164	179	119	137	155	26	30	34
8,2	16,6	20	47	161	177	193	131	150	170	28	33	38
8,4	18,7	21	50	172	189	206	141	162	183	30	35	40
8,6	20,8	22	53	183	201	219	151	174	197	33	38	43
9,1	23,1	23	56	194	213	232	161	185	209	35	41	47
9,3	25,4	24	59	204	224	243	171	197	223	38	44	50
9,5	27,9	25	62	214	235	256	181	208	235	40	46	52
10	30,5	26	64	224	246	268	191	216	248	42	49	56
10,2	33,2	27	67	233	256	279	200	230	260	44	51	58
10,4	36,1	28	70	242	266	290	209	240	271	46	54	62
10,6	38,9	29	72	250	275	300	218	251	284	48	56	64
11,1	41,9	30	75	258	284	310	227	261	295	50	58	66
11,3	45,1	31	78	267	293	319	236	271	306	52	60	68
11,5	48,3	32	81	274	301	328	245	281	318	53	62	71
12	51,7	33	82	280	308	336	253	291	329	55	64	73
12,2	55,2	34	85	287	315	343	261	300	339	57	66	75
12,4	58,8	35	86	293	322	351	269	309	349	59	68	78
12,6	62,5	36	88	299	328	358	270	318	359	60	70	80
13,1	66,3	37	90	303	333	363	285	327	370	62	72	82
13,3	70,2	38	92	308	338	368	292	336	380	64	74	84
13,5	74,2	39	94	311	342	373	299	344	389	65	75	86
14	78,3	40	95	315	346	377	307	353	399	66	76	88

Robinson y Fleming 1975 y Hadlock FP. Deter RL, Harris RB. Radiology 152:497-501, 1984.

Flujometría Doppler

Edad Gest.	Indice de pulsatilidad de arterias uterinas		
	p-5	p-50	p-95
Sem.			
11	1,18	1,79	2,71
12	1,11	1,68	2,53
13	1,05	1,58	2,38
14	0,99	1,49	2,24
15	0,94	1,41	2,11
16	0,89	1,33	1,99
17	0,85	1,27	1,88
18	0,81	1,21	1,79
19	0,78	1,15	1,71
20	0,74	1,11	1,61
21	0,71	1,05	1,54
22	0,69	1,01	1,47
23	0,66	0,96	1,41
24	0,64	0,93	1,35
25	0,62	0,89	1,3
26	0,6	0,86	1,25

Edad Gest.	Indice de pulsatilidad de arterias uterinas		
	p-5	p-50	p-95
Sem.			
27	0,58	0,84	1,21
28	0,56	0,81	1,17
29	0,55	0,79	1,13
30	0,54	0,77	1,11
31	0,52	0,75	1,06
32	0,51	0,73	1,04
33	0,51	0,71	1,01
34	0,51	0,7	0,99
35	0,49	0,69	0,97
36	0,48	0,68	0,95
37	0,48	0,67	0,94
38	0,47	0,66	0,92
39	0,47	0,65	0,91
40	0,47	0,65	0,91
41	0,47	0,65	0,89
42	0,47	0,64	0,89

REFERENCIA: ULTRASOUND OBSTET GYNECOL (2008)Published Online in Wiley InterScience [www.interscience.wiley.com]

DOI: 10.1002/uog.5315.

O. GÓMEZ, F. FIGUERAS, S. FERNÁNDEZ, M. BENNASAR, J. M. MARTÍNEZ, B. PUERTO and E. GRATACÓS Fetal Growth and Pre-eclampsia

Reference intervals for mean uterine artery pulsatility index

GA (weeks)	5th centile	50th centile	95th centile
11	1.18	1.79	2.70
12	1.11	1.68	2.53
13	1.05	1.58	2.38
14	0.99	1.49	2.24
15	0.94	1.41	2.11
16	0.89	1.33	1.99
17	0.85	1.27	1.88
18	0.81	1.20	1.79
19	0.78	1.15	1.70
20	0.74	1.10	1.61
21	0.71	1.05	1.54
22	0.69	1.00	1.47
23	0.66	0.96	1.41
24	0.64	0.93	1.35
25	0.62	0.89	1.30

GA (weeks)	5th centile	50th centile	95th centile
26	0.60	0.86	1.25
27	0.58	0.84	1.21
28	0.56	0.81	1.17
29	0.55	0.79	1.13
30	0.54	0.77	1.10
31	0.52	0.75	1.06
32	0.51	0.73	1.04
33	0.50	0.71	1.01
34	0.50	0.70	0.99
35	0.49	0.69	0.97
36	0.48	0.68	0.95
37	0.48	0.67	0.94
38	0.47	0.66	0.92
39	0.47	0.65	0.91
40	0.47	0.65	0.90
41	0.47	0.65	0.89

Transvaginal and transabdominal ultrasound examinations were performed on pregnancies at 11-14 weeks and 15-41 weeks, respectively. GA, gestational age.

Evaluación del Crecimiento Fetal

1º Ecobimetría fetal inicial tiene por finalidad determinar edad gestacional (EG), mientras más precoz, mayor es la exactitud.

2º Ecobimetrías posteriores se orientan a valorar crecimiento fetal.

3º Crecimiento (peso) bajo p10, obliga a realizar flujometría doppler fetal. Objetivo valoración de la unidad fetoplacentaria (UFP).

Ege.	PESO FETAL ECOGRAFICO				
	P.03	P.10	P.50	P.90	P.97
20	248	275	331	387	414
21	299	331	399	467	499
22	359	398	478	559	598
23	426	371	568	665	710
24	503	556	671	784	838
25	589	652	785	918	981
26	685	758	913	1068	1141
27	791	876	1055	1234	1319
28	908	1004	1210	1416	1513
29	1034	1145	1379	1613	1724
30	1169	1294	1559	1824	1949
31	1313	1453	1751	2049	2189
32	1465	1621	1953	2285	2441
33	1622	1794	2162	2530	2703
34	1783	1973	2377	2781	2971
35	1946	2154	2595	3036	3244
36	2110	2335	2813	3291	3516
37	2271	2513	3028	3543	3785
38	2427	2686	3236	3786	4045
39	2576	2851	3435	4019	4294
40	2714	3004	3619	4234	4524

RELACION CC/CA		
P.03	P.50	P.97
1,06	1,15	1,24
1,05	1,14	1,24
1,04	1,13	1,23
1,03	1,12	1,22
1,02	1,12	1,21
1,01	1,11	1,2
1	1,1	1,19
1	1,09	1,18
0,99	1,08	1,18
0,98	1,07	1,17
0,97	1,07	1,17
0,96	1,06	1,16
0,95	1,05	1,15
0,95	1,04	1,14
0,94	1,03	1,13
0,93	1,02	1,12
0,92	1,01	1,11
0,91	1,01	1,1
0,9	1	1,09
0,89	0,99	1,08
0,89	0,98	1,08

Estándares propuestos por Hadlock y col., Radiology 181 : 129 - 133. 1991

APARTADO 2 - HEMOTERAPIA Y ADMINISTRACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Redactado por: Dra. María Lidia Recalde

Transfusión sanguínea	Es la administración de componentes del tejido sanguíneo (concentrado de glóbulos rojos, plasma, plaquetas, crioprecipitados) con fines terapéuticos. Según la fuente puede ser alogénica (proveniente de un donante de sangre) o autóloga (el receptor es el propio donante)
Componente sanguíneo o hemocomponente	Producto sanguíneo obtenido a partir de la separación por centrifugación o sedimentación de la sangre total, entre ellos, concentrado de glóbulos rojos, plasma, plaquetas, crioprecipitado.
Hemoderivado	Concentrado de proteínas obtenido a partir del tratamiento de grandes cantidades de plasma con fines terapéuticos. Ej. Inmunoglobulinas, Albúmina, Factores de la coagulación.
Hemovigilancia	Conjunto de políticas encaminadas a vigilar, seguir e identificar prácticas inseguras con respecto a la práctica transfusional
Almacenamiento de la sangre y/o hemocomponentes	Proceso por el cual se guarda la sangre según especificaciones biológicas de temperatura específica. Tiene dos modalidades: Almacenamiento en cuarentena: cuando el componente aún no ha sido validado biológicamente Almacenamiento definitivo: cuando los componentes han sido validados biológicamente y son aptos para su distribución y uso en el ser humano.
Validación biológica	Proceso por el cual se realizan determinaciones inmunohematológicas (tipificación sanguínea, factor Rh, Fenotipos Rh, Kell, pesquisa de Anticuerpos Irregulares, y otros según necesidad) y cribare serológico de marcadores de enfermedades transmisibles por transfusión según lo reglamento el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del programa Nacional de Sangre.
Perfil pre transfusional	Se entiende por esto a las determinaciones inmunohematológicas necesarias que se realizan en el potencial receptor de componente sanguíneo a fin de garantizar la compatibilidad sanguínea con el componente que será transfundido. Básicamente se determina el tipo sanguíneo ABO, el Factor Rh (D) y la Pesquisa de Anticuerpos Irregulares. En la gestante se le debe agregar el fenotipo Rh, Kell.
Perfil Inmunohematológico de la embarazada	Se entiende por esto a la determinación de toda embarazada, con la primera visita prenatal, de la: Tipificación ABO-D Fenotipo Rh y Kell Pesquisa de Anticuerpos Irregulares En el caso de gestantes Rh (D) negativo, existe un Protocolo específico.
Protocolo de prevención y/o seguimiento de la gestante Rh(D) negativo	Es el protocolo de prevención de la aloinmunización fetomaternal por anticuerpos irregulares y de la enfermedad hemolítica perinatal. Comprende a su vez las acciones que se deben seguir en el caso de madres inmunizadas.
Inmunoglobulina Anti-D	Solución estéril de globulinas, principalmente inmunoglobulina G, obtenidas del plasma o del suero de donadores d-negativos que han sido inmunizados contra el antígeno D. Contiene anticuerpos específicos contra el antígeno D de los eritrocitos humanos y, en general, el plasma ha sido negativo para los anticuerpos VIH-1, VIH-2, HCV y para el antígeno de superficie HB.

Servicios de Sangre	Se entiende por la organización según la complejidad de la atención y distribución de la sangre y componentes a saber: Centro Productor de Hemocomponentes o Hemocentro: recibe, procesa, valida biológicamente, almacena y distribuye componentes a las UMT bajo su influencia y/o a la Red Nacional de Servicios de Sangre según necesidad. Unidad de Medicina Transfusional: servicio hospitalario responsable de la distribución de hemocomponentes y en estrecha relación con el cuerpo clínico hospitalario. Responsable de la aplicación de la hemovigilancia del paciente. Realiza pruebas de compatibilidad y seguimiento de la gestante. Es independiente del laboratorio clínico. Puesto de Sangre o hemonúcleo: generalmente y según necesidad se establecen en USFA que atienden partos y cesáreas no complicadas, con una oferta limitada y controlada de componentes sanguíneos, disponibles para su administración en carácter de “urgente en dos horas o emergencia en 15 minutos” hasta traslado de la paciente a centro de mayor complejidad. Realiza pruebas de compatibilidad mayor.
Rescate celular intraoperatorio	Es el procedimiento automatizado por el cual se recupera sangre del campo operatorio para luego ser retransfundida luego de separación y lavado de los glóbulos rojos.
Ley 3.441 de Sangre (22-02-2008)	Tiene por objeto garantizar el acceso equitativo, oportuno, eficiente y suficiente a sangre segura y sus componentes y controlar el uso terapéutico y/o de investigación de sangre y sus hemocomponentes. y que regula la práctica de toda la cadena transfusional, desde la obtención de la misma hasta su destino final.
Programa Nacional de Sangre (PNS)	Es el organismo especializado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con carácter normativo y regulador a nivel nacional, encargado de regular y fiscalizar todo lo referente a obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución y utilización de sangre segura y o sus componentes, a fin de asegurar la calidad técnica y la seguridad de los mismos. Tendrá, dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, autonomía técnica.
Solicitud transfusional	Es la proforma oficial emanada del PNS para solicitar hemocomponentes. Su uso es obligatorio y todos los campos deben estar cumplimentados. Es responsabilidad del médico que prescribe la transfusión y la UMT tiene la potestad de aceptarla, modificarla o rechazarla según criterios clínicos del especialista en Hemoterapia. La no cumplimentación de todos los campos obligatorios también es causa de rechazo de la misma.
Artículo 24 de la Ley de Sangre sobre la indicación de la transfusión	Los médicos legalmente acreditados son las únicas personas que pueden prescribir transfusiones o el uso terapéutico de la sangre, sus componentes y derivados; éstos están obligados a la utilización racional de la sangre, de acuerdo a las Guías Nacionales de uso. Cuando la transfusión de sangre es considerada de importancia vital para la conservación de la vida del paciente, ninguna persona podrá oponerse a la operación, so pena de incurrir en responsabilidad penal.

1. ANTECEDENTES O JUSTIFICACIÓN

La medicina transfusional en su vertiente de hemoterapia o tratamiento con productos sanguíneos y alternativas de la sangre, así como en su fase de diagnóstico, la inmunohematología, es un eje transversal en muchas especialidades, y muy especialmente en el ámbito de la obstetricia y neonatología. Estas últimas especialidades también convergen en puntos como la medicina de urgencia y la de cuidados críticos, por lo que el manejo y uso racional de componentes sanguíneos y alternativas a la transfusión amerita un capítulo especial en la Guías o Protocolos de Trabajo de Obstetricia y Ginecología.

Este apartado ha sido adaptado de guías internacionales sobre el manejo adecuado de hemocomponentes a partir de búsquedas bibliográficas y tiene en cuenta su adaptación a los medios e infraestructura de nuestro país, tanto a nivel público como privado. Teniendo en cuenta que el ministerio de salud pública y bienestar social, categoriza a los servicios de salud por niveles de atención y resolución de complejidades médicas y quirúrgicas, tanto a nivel público y privado.

Así mismo, las complejidades de los servicios de sangre se adecuan a los servicios de salud, teniendo en cuenta que la medicina de alta complejidad exige el acompañamiento cercano de un servicio de sangre adecuado a las reglamentos ministeriales y avances científicos.

A continuación se proponen protocolos de trabajo para el manejo de las patologías que requieran transfusiones de hemocomponentes o de las alternativas a la transfusión y de los medios de diagnóstico.

2. INTRODUCCIÓN

Considerando el uso habitual de hemocomponentes y alternativas a la transfusión, como soporte logístico en situaciones clínicas y quirúrgicas, tanto como elemento de tratamiento específico o como profilaxis de situaciones que pudieran aumentar la morbimortalidad materno infantil, es necesario sin embargo aclarar que los niveles de oportunidad para el acceso a sangre segura y medios de diagnóstico inmunohematológicos, especialmente en el campo de la prevención y tratamiento de la enfermedad hemolítica perinatal, no es homogénea en todos los lugares de la república.

Así como los servicios de salud, el sistema sangre, está en plena expansión y desarrollo, quedando sin embargo áreas en donde la cobertura es ineficiente o inoportuna. Es por eso que la adaptación de protocolos de trabajo deben tomar en cuenta el acceso seguro y oportuno a la sangre, de manera a que las situaciones de emergencia, tales como la activación del código rojo, pueda ser rápida y oportunamente atendida hasta su resolución o derivación a centros de mayor complejidad. Esto exige el cumplimiento de las reglamentaciones ministeriales, enmarcadas en la Ley de Sangre 3.441, y de los protocolos médicos en curso; teniendo en cuenta que el recurso al uso de componentes sanguíneos nunca es de primera intención en el manejo de las hemorragias masivas, sino luego de agotados otros recursos clínicamente probados.

Esta premisa, sin embargo, no debe llevarnos a considerar el uso oportuno de los hemocomponentes como algo exclusivo y de ultima consideración, sino todo lo contrario, como un elemento cuyo uso no esta excepto de reacciones adversas inmediatas y mediatas y que sin embargo tiene un valor de peso para mejorar el pronostico en situaciones de emergencia obstétrica o hemorragia masiva.

Teniendo en cuenta la realidad de la red de servicios de sangre, cuya cobertura aun esta en desarrollo, la aplicación de todas las tendencias en el campo de la medicina transfusional, constituye un reto para nuestro país y por lo tanto debe ser adaptada a nuestra realidad y a las evidencias científicas en este campo, sin olvidar el principio básico que debe regir nuestro actuar medico: "Primo non nocere" , en primer lugar no hacer daño, por lo que se propone los delineamientos básicos y seguros para la resolución de los casos más frecuentes en obstetricia y neonatología (este último como prevención de la enfermedad hemolítica perinatal). Nada de esto remplacea 100% el juicio clínico de la situación, que sin embargo debe estar apoyado por los registros completos (trazabilidad) de lo actuado en todas las situaciones que requieran el uso de hemocomponentes (Ley de Sangre 3.441)

El presente protocolo de trabajo está dirigido a todos los profesionales de la salud, que podrían estar involucrados en el uso de los componentes sanguíneos en el ámbito materno neonatal; específicamente a los que trabajan en la baja, mediana y alta complejidad, tanto del nivel público como privado.

3. LA PRACTICA TRANSFUSIONAL

La indicación de una transfusión es un acto médico, responsabilidad del médico tratante y compartida con el médico jefe de la Unidad de Medicina Transfusional -UMT (Art. 24 de la Ley de Sangre 3.441). En el anexo 01 se presenta el algoritmo de trabajo o enlace entre medico prescriptor y servicio de sangre para la indicación transfusional

El Comité de Transfusión Hospitalaria (CTH) es el responsable de hacer cumplir todas las normativas referentes a la hemovigilancia. El CTH es obligatorio en las instituciones públicas y privadas que provean dos o más servicios usuarios de sangre (obstetricia, urgencias médicas y quirúrgicas, cirugías, diálisis, neonatología, terapia intensiva adultos y pediátrica, terapias especializadas). *Artículo 21 de la Ley 3.441 de Sangre y cito: "Comités de Transfusión Institucionales. Toda institución que cuente con una unidad de medicina transfusional deberá tener en forma obligatoria un Comité Transfusional cuyo objetivo será promover y asegurar el uso correcto de la práctica transfusional. Una reglamentación interna definirá la composición y funciones de los Comités"*

La constitución del CTH estará dada por la complejidad del servicio de salud, debiendo por lo menos contar con dos miembros activos del staff del hospital, de los cuales uno siempre debe ser el medico jefe la UMT, siendo los demás miembros, especialistas de las unidades con mayor uso de sangre y componentes (obstetricia, cirugía, anestesia, terapia intensiva neonatal, pediátrica o adulto, etc.); es aconsejable la presencia de un administrador.

La causa del déficit debe ser establecida antes de la indicación transfusional. Los valores de laboratorio son orientadores y deben complementarse con la clínica del paciente.

La transfusión de hemocomponentes presenta riesgos inmunológicos (inmunomodulación) inmunohematológico (incompatibilidades intra vasculares por ABO o extravasculares por aparición de anticuerpos irregulares) y de infecciones transmisibles por sangre que deben ser conocidos por los médicos que prescriben de manera a sopesar el riesgo/beneficio de cada hemocomponente.

El personal de enfermería adiestrado debe monitorear el acto transfusional y tomar medidas que correspondan para prevenir efectos adversos indeseables, así como la aplicación de medidas inmediatas ante la aparición de signos y síntomas de reacción adversa transfusional, siguiendo un protocolo de acción que se desarrolla en el anexo 02 y que debe estar en lugar visible de todo puesto de enfermería.

4. PRUEBAS PRE TRANSFUSIONALES

Las pruebas pre transfusionales son requisito legal y obligatorio antes de cada transfusión según el siguiente esquema:

PARA MUJERES EN EDAD FÉRTIL (4 MESES HASTA EL FINAL DE SU CICLO FÉRTIL)

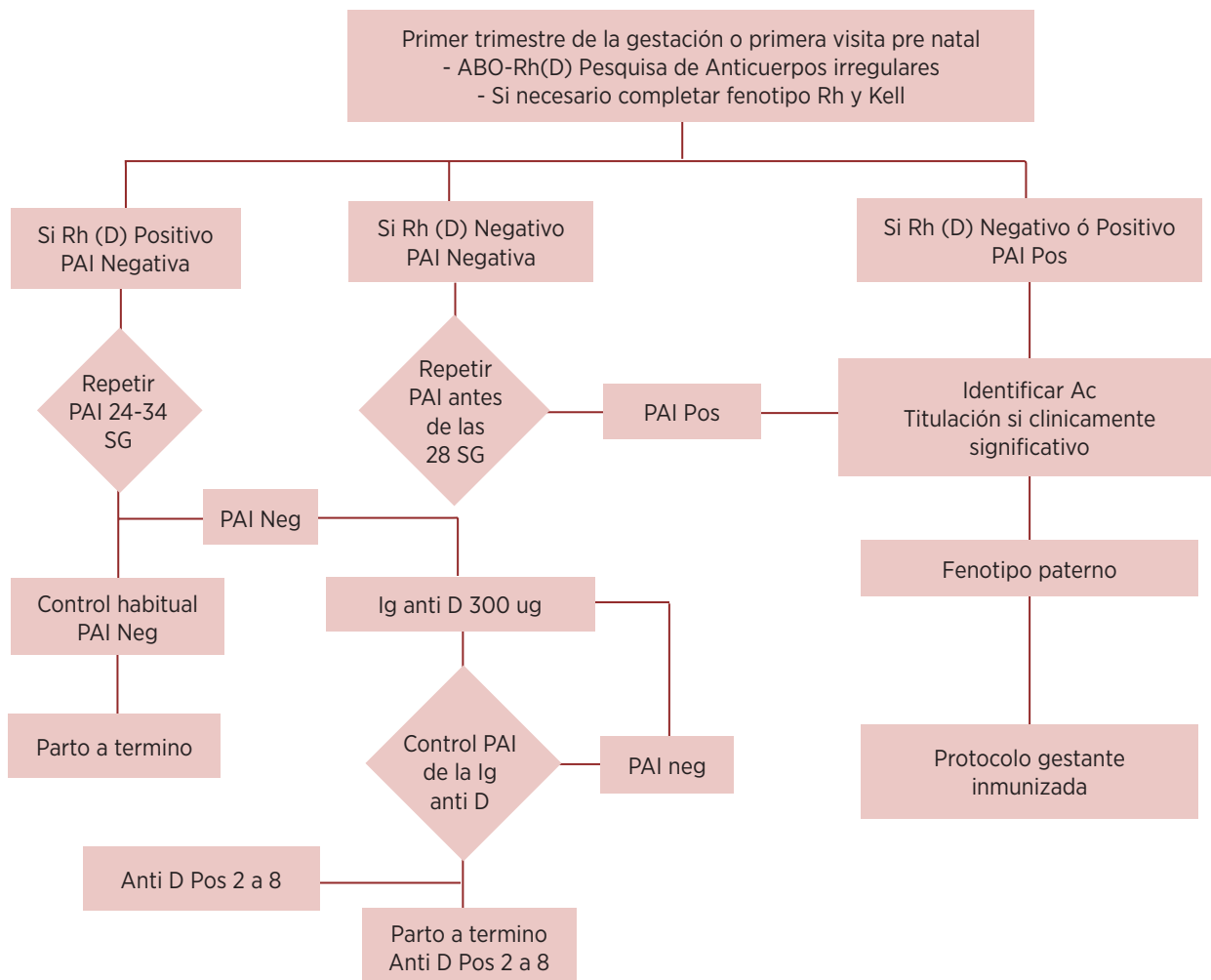
1. ABO-D (sin determinación del DVI). Debe comprender la prueba globular y sérica o inversa.
2. Fenotipo Rh
3. Kell
4. Pesquisa de Anticuerpos Irregulares
5. Identificación de Anticuerpo Irregular en caso de que la pesquisa haya sido positiva y titulación del anticuerpo con capacidad de provocar EHPN o anemia perinatal.

En el caso de gestantes, este perfil debe ser solicitado desde la primera consulta prenatal y si se tratase de una gestante desconocida o sin prenatales, al ingreso al servicio hospitalario, sin importar la necesidad o no de transfusión. Se conoce también como perfil inmunohematológico de la gestante o embarazada. Requisito actual de las *Normas Nacionales de cuidados prenatales, del parto, nacimiento y puerperio seguros e inclusivos (MSPBS 2014)*

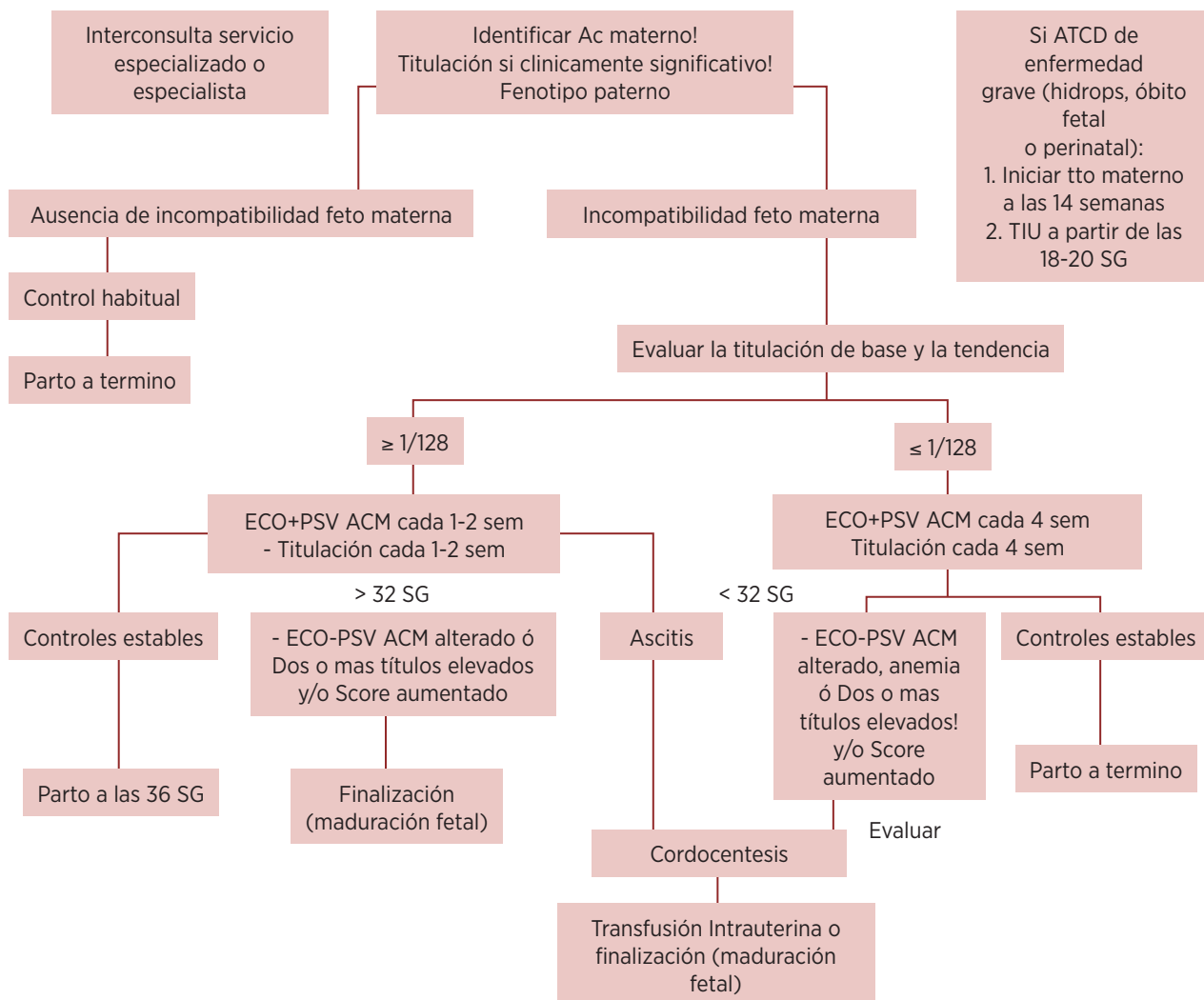
Se debe instruir a la mujer en edad fértil y sobre todo a la gestante de portar, siempre que acuda a un servicio de salud, su carnet de Perfil Inmunohematológico, para lo cual se la debe informar convenientemente de que lo tenga entre sus documentos personales y si es posible plastificarlo.

5. PERFIL INMUNOHEMATOLÓGICO DE LA GESTANTE PARA PREVENCIÓN Y /O DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL (EHP)

Algoritmo 1: Perfil inmunohematológico de las gestantes



FUENTE: Modificado del protocolo de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRANSFUSION SANGUINEA (MARZO 2008)

Algoritmo 2: Protocolo en la gestante sensibilizada**6. HEMORRAGIA EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS`**

Definimos como **pacientes obstétricas a** las mujeres embarazadas o post parto (dentro de las seis semanas del final del embarazo), en tanto que recibe el nombre de **gestantes o mujeres embarazadas** al periodo pre natal. El termino **hemorragia critica** se utiliza para describir una perdida sanguínea grave y aguda que puede poner en riesgo la vida y que da lugar a la activación de un protocolo de transfusión masiva (PTM). El PTM se define como la perdida de sangre grave y aguda que da lugar al uso de cinco o mas unidades de glóbulos rojos concentrados dentro de las 4 horas. Las **mujeres con hemorragia obstétrica mayor** es un subgrupo especial de mujeres con un protocolo definido, denominado **código rojo**.

En la hemorragia obstétrica, la coagulación intravascular diseminada se puede manifestar de manera temprana, debido a que, por lo general, las gestantes se encuentran saludables, y en el caso de ocurrir una hemorragia, los signos clínicos de deterioro se visualizan tardíamente debido a los mecanismos compensatorios fisiológicos propios de la gestación. Es por eso que el manejo de la hemorragia obstétrica y la hemorragia post parto es un desafío debido a que la pérdida de sangre suele ser subestimada y la transición de **“aparentemente bien”** a **“descompensada”** suele ser muy rápida.

Debido a lo anteriormente dicho, **es mejor prevenir teniendo el perfil inmunohematológico de la gestante desde el primer trimestre**, lo que ahorra tiempo para las compatibilidades y decisiones transfusiones en caso de necesidad, además los servicios hospitalarios que atienden partos y cesáreas deben contar con el apoyo de un servicio de sangre y establecer de antemano planes de acción rápida en caso necesario. Todo debe estar

documentado y si posible, practicarlo en escenarios de ensayo de las situaciones agudas y críticas.

En general las mujeres jóvenes sanas toleran la pérdida de sangre asociada al parto y no requieren transfusión. Sin embargo, la anemia pre natal es un factor predictor negativo para la transfusión. Por lo que la anemia debe ser identificada, y las reservas de Hb y hierro optimizadas.

Otro punto a tener en cuenta es el riesgo relativo inherente a toda transfusión, que no solo se limita al riesgo de transmisión de infecciones virales o parasitarias, sino también a la inmunomodulación, a la aloinmunización eritrocitaria, a los efectos adversos de sobrecarga entre otros.

Un párrafo aparte merece las consideraciones sobre las mujeres de los pueblos originarios de nuestro país, tanto de la región oriental como occidental. Los datos que arrojan un estudio realizado en Australia por la Australian Institute of Health and Welfare en el 2011, y que nos parece interesante extrapolarlo debido a la similitud de los resultados, señalan que en general, la tendencia en este colectivo es la de tener partos via vaginal y presentan una prevalencia mucho mayor de factores que contribuyen a la anemia y a deficiencia de hierro. Estos factores incluyen una mayor tasa de fecundidad, nacimientos más frecuentes en adolescentes acceso limitado a alimentos nutritivos asequibles y mayores tasas de comorbilidades médicas. Otros factores incluyen al acceso limitado si no nulo a los servicios de salud debido a que viven en comunidades remotas. Estos factores pueden contribuir a una mayor frecuencia de RN con bajo peso al nacer y/o parto prematuro, una mayor tasa de mortalidad perinatal, entre otros.

La complejidad clínica de cada embarazo requiere de una evaluación continua por lo que es importante definir claramente los siguientes puntos:

6.1. Poblaciones de alto riesgo de hemorragia obstétrica

- Mujeres con mayor riesgo de hemorragia obstétrica
- Mujeres con trastornos hemorrágicos
- Mujeres que serán difíciles de transfundir debido a la presencia de anticuerpos irregulares poco frecuentes o fenotipos eritrocitarios raros.

6.1.1. Mujeres con mayor riesgo de hemorragia obstétrica

Los factores de riesgo identificables, cuando están presentes, son aquellos que contribuyen a la atonía uterina, laceraciones o necesidad de intervención quirúrgica. Los identificables anee del parto incluyen el desprendimiento placentario, placenta previa, embarazos múltiples y pre eclampsia. Los que aparecen durante el trabajo de parto son las cesáreas de urgencia, la placenta retenida, el parto vaginal asistido, el parto prolongado y la macrosomía.

6.1.2. Mujeres con trastornos de la coagulación

Los trastornos hemorrágicos hereditarios deben ser tratados en conjunto con los especialistas hematólogos: enfermedad de Von Willenbrand, el estado portador de hemofilia A y la deficiencia de Factor XI, entre otros.

Los trastornos hemorrágicos adquiridos más frecuentes son los que acompañan al síndrome de HELLP, la coagulación intravascular diseminada de causa obstétrica o infecciosa, la embolia de líquido amniótico y la terapia anticoagulante.

6.1.3. Anticuerpos eritrocitarios poco frecuentes o fenotipos raros.

Los aloanticuerpos se desarrollan debido a estímulos inmunizantes que incluyen, en las mujeres, embarazos anteriores y transfusiones y tienen el poder de causar reacciones hemolíticas transfusionales en la mujer y enfermedad hemolítica perinatal en el feto o recién nacido. El perfil inmunohematológico de la gestante es capital para la prevención y/o diagnóstico precoz de estas eventualidades. Dependiendo de la complejidad de los anticuerpos encontrados, se preconiza la transfusión de sangre antígeno negativo, pruebas de compatibilidad en fase antiglobulinica lo que puede llevar horas para encontrar el componente sanguíneo adecuado.

Los fenotipos raros de eritrocitos ocurren cuando una persona carece de varios antígenos comunes en la población, por lo que la probabilidad de encontrar sangre compatible es todo un desafío, pudiendo incluso tener que recurrir a bancos de sangre internacionales. Dependiendo del antígeno involucrado puede también recurrirse a las alternativas médicas de la transfusión (aumento de la masa eritrocitaria, uso de equipos recuperadores de sangre, etc) en el caso de tratarse de eventos programados.

6.2. Alternativas a la transfusión en pacientes en quienes el uso de componentes sanguíneos no es una opción

Si bien en todas las pacientes obstétricas, es mejor optimizar la hemoglobina durante el periodo prenatal, minimizar la pérdida de sangre durante el parto y en caso de hemorragia, asegurar la hemostasia con urgen-

cia, aplicando medidas de control de daños, todo esto es vital en mujeres en quienes la transfusión no es una alternativa.

Ya sea por motivos científicos (presencia de grupos sanguíneos poco frecuentes o anticuerpos complejos o falta de disponibilidad de sangre) o de conciencia, generalmente asociados a la práctica o pertenencia a algún colectivo religioso, a veces la transfusión sanguínea no es una opción para las pacientes. Si bien la ley de sangre 3.441 en su artículo 24, autoriza suficiente al médico al uso de las transfusiones en caso de riesgo vital, cada vez más la ciencia preconiza el uso de las alternativas en situaciones programadas, debido a los riesgos inherentes al uso de componentes biológicos de origen humano. Por lo tanto es necesario tomar medidas en el periodo pre natal identificando a las mujeres en las cuales el apoyo transfusional sea poco probable o difícil, para lo cual proponemos los siguientes pasos:

- a. Un equipo multidisciplinario y éticamente respetuoso debe brindar los cuidados obstétricos y asesorar a la madre sobre el mayor riesgo de morbilidad materna asociada a no recibir sangre cuando está indicado. El planeamiento debe incluir el conocimiento exacto por parte del equipo médico de los productos sanguíneos específicos que no pueden ser utilizados (por ejemplo plasma en el caso de deficiencia de IgA, o componentes celulares lavados para el mismo caso). Esto se debe documentar convenientemente en la historia clínica de la paciente y ser socializado como corresponde.
- b. Identificar y tratar las anemias.
- c. Evaluar a las mujeres con respecto al riesgo hemorrágico, incluidos los de riesgo obstétrico, el uso de anti-coagulantes, antecedentes familiares de coagulopatías, etc
- d. Derivar a estas mujeres a centros especializados o de referencia, en donde puedan contar con un servicio de hemoterapia y acceso al uso de recuperadores celulares, medios de diagnóstico viscoelásticos (tromboelastograma) para las coagulopatías etc.
- e. Considerar el uso de EPO mas hierro en mujeres seleccionadas y con riesgo de pérdida importante de sangre.
- f. Informar al personal directivo apropiado cuando la mujer ingresa al servicio para su parto.
- g. Se aconseja el manejo activo con oxitócicos en la tercera etapa del trabajo de parto.
- h. Se recomienda la observación cuidadosa y el control de la mujer, incluyendo el registro de pérdidas de sangre y la evaluación fundamental en las primeras horas post parto.
- i. Considere el uso de agentes farmacológicos antifibrinolíticos, o agentes hemostáticos tópicos para ayudar a la hemostasia.
- j. En caso de hemorragia significativa y para minimizar daños en el caso de que la transfusión no sea una alternativa, considere rápidamente un tratamiento radical como la histerectomía. Todo esto debe ser considerado previamente con la paciente y quedar debidamente documentado.
- k. En el caso de presentarse anemias post parto, use hierro endovenoso y considere la posibilidad de agregar EPO.
- l. En el caso de anemias graves post parto, el asesoramiento de un especialista es fundamental.

6.3. Administración de hemocomponentes

6.3.1. Características generales de los componentes sanguíneos celulares (glóbulos rojos y plaquetas) recomendados para las gestantes

6.3.1.1. Respetar la compatibilidad ABO-D así como la del fenotipo Rh y Kell

PACIENTE	CGR de 1ra elección	CGR de 2da. elección	CGR de 3ra. elección
A	A	O	No existe
B	B	O	No existe
AB	AB	O	A, B
O	O	----	-----



- EN CASO DE RIESGO VITAL O DE NO DISPONIBILIDAD DE CONCENTRADO GLOBULAR ISO FACTOR, LA MUJER, INCLUSO LA SENSIBILIZADA PUEDE RECIBIR FACTOR Rh NO COMPATIBLE EN EL PERIODO POST PARTO, SIN EMBARGO EN CUANTO SEA POSIBLE SE DEBE PASAR A FACTOR Rh (D) COMPATIBLE Y TODO DEBE QUEDAR DEBIDAMENTE REGISTRADO EN LA HISTORIA DE MANERA A PROVIDENCIAR EL TRATAMIENTO DE CONTROL DE DAÑOS INMUNOHEMATOLÓGICOS. Ej. Paciente Rh negativa puede recibir CGR Rh Positivo si hay riesgo vital en el marco de una transfusión masiva por hemorragia obstétrica mayor. Sin embargo, debe quedar registrado de manera a realizar control de daños inmunohematológicos posteriores
- La misma premisa es valida para el sistema Kell.
- La compatibilidad del fenotipo Rh ya es resorte del especialista en medicina transfusional y del servicio de sangre.

6.3.1.2. Componentes celulares leucorreducidos

La infección por citomegalovirus (CMV) es muy frecuente en el periodo neonatal, afecta a aproximadamente 1% de los recién nacidos en todo el mundo (Lombardi G. Garofoli F and Stronati M 2010. Congenital cytomegalovirus infection: treatment, sequelae and follow up The journal of maternal-fetal and neonatal medicine 23 (S3): 45-48). Aunque la mayoría de las infecciones son adquiridas en la comunidad, el posible grave impacto de una transmisión de CMV por transfusión y siendo este virus de inclusión citoplasmática en los leucocitos, se preconiza la leucodepleción o leucoreducción de todos los componentes celulares destinados a mujeres en edad fértil y a recién nacidos.

Por eso toda solicitud transfusional emitida para una mujer en edad fértil y mas aun en el contexto de una transfusión masiva debe indicar claramente el calificativo de "Leucoreducido".

6.3.1.3. Componente fenotipado

Dada la posibilidad de aparición de anticuerpos irregulares eritrocitarios tanto en el embarazo como por transfusiones, todos los componentes eritrocitarios destinados a las mujeres en edad fértil deben llevar el calificativo de "Fenotipado para el sistema Rh y Kell", debido a que son estos antígenos los que mas frecuentemente se encuentran implicados en la EHP, a saber, anti-D, anti-c, anti-E, anti Kell. Siendo que solamente el antígeno D posee una inmunoglobulina especifica que protege de su inmunización, los demás antígenos deben ser evitados durante las transfusiones.

En Resumen: La solicitud de transfusión para la mujer en edad fértil y mas aun para la mujer embarazada en el contexto de las hemorragias obstétricas mayores o graves, deben llevar el calificativo de, en orden de importancia:

- Isogrupo o compatible
- Iso factor
- Leucoreducido
- Fenocompatible Rh y Kell

6.3.2. Administración de glóbulos rojos

En escenarios de hemorragia aguda y grave, la transfusión de glóbulos rojos puede salvar vidas, sin embargo el papel beneficioso de la transfusión es menos evidente en el contexto de pacientes obstétricas con anemia compensada sin sangrado activo, por lo que se preconiza el uso de hierro en sus diferentes formas de presentación y en pacientes seleccionadas, el uso de estimulantes de la eritropoyesis.

Hay que recordar que la fisiología normal del embarazo incluye:

- a. aumento de la masa eritrocitaria entre un 20% a 40%
- b. aumento del volumen plasmático entre 40%-50%, lo que se evidencia en una hemodilución con valores de Hb, al final del embarazo, de 11 g/dl que se considera normal.

Puntos de buena práctica:

1. En pacientes obstétricas sin sangrado activo, que presenten anemia grave con signos de hipoxia tisular con afectación en el estado general de la paciente (taquicardia invalidante, hipotensión postular, acufenos, cefalea no atribuible a otras causas, afectación fetal), la transfusión de concentrados globulares es necesaria, hasta la disminución o desaparición de los síntomas. No se considera la cifra de hemoglobina únicamente, sino el bienestar clínico de la paciente, la disponibilidad de otras terapias como hierro endovenoso o estimulantes de la eritropoyesis en pacientes seleccionadas, así como el plazo esperado para el parto y presencia de factores de riesgo para la hemorragia. La conducta debe ser de transfundir un concentrado globular y evaluar el mejoramiento o desaparición de los síntomas y no la elevación de la hemoglobina como único parámetro.
2. Los valores de hemoglobina sugeridos como disparadores de una transfusión de glóbulos rojos, son extrapolados de otras situaciones clínicas, pues no existen evidencias directas en pacientes obstétricas y siempre deben ir acompañados del criterio clínico y del análisis de costo/beneficio del procedimiento. Entiéndase por costos a los riesgos inherentes a toda transfusión sanguínea (inmunomodulación, inmunización eritrocitaria, transmisión de infecciones virales o parasitarias)
 - Hb > 9g/dl la transfusión suele ser inapropiada. Analizar la posibilidad de uso de hierro o estimulantes de la eritropoyesis en pacientes seleccionadas.
 - Hb entre 7/dl y 9g/dl, la transfusión no está asociada a disminución de la mortalidad y la decisión de transfundir debe estar asociada al estado general de la paciente y el criterio clínico. Si necesario, transfundir una sola unidad de CGR y re evaluar
 - Hb < 7g/dl la transfusión suele ser apropiada, si la paciente presenta signos de descompensación clínica o fetal, o si existen factores de riesgo asociados a la hemorragia o la fecha del parto es inminente. Recordar que las transfusiones se realizan por unidad y evaluación después de cada transfusión.

Existen evidencias que asocian la anemia materna entre el primer y segundo trimestre de gestación y recién nacidos con bajo peso al nacer, parto prematuro, desprendimiento placentario, mortalidad materna y depresión post parto. Por eso es esencial el diagnóstico precoz y tratamiento de la anemia desde la primera consulta prenatal para establecer medidas correctivas a la misma. Recordar que el mecanismo fisiológico de adaptación a la anemia puede enmascarar estados graves que pueden ser prevenidos y solucionados por terapias otras que la transfusión. La transfusión raramente es una terapia de primera elección en el primer y segundo trimestre.

3. Pacientes obstétricas con hemorragia obstétrica mayor
 - Lo primero es establecer un protocolo con el servicio de sangre, los directivos, anestesiología, laboratorio y administrativos ante la activación de código rojo
 - Se activa código rojo a partir de los 1000 ml de pérdida estimada además de los parámetros clínicos establecidos.
 - El protocolo de transfusión masiva debe modificarse en lo que se refiere al valor de fibrinógeno, ya que los valores cercanos a 200 mg/ml, que en la población no obstétrica se considera aun normal, en las embarazadas se asocia con hemorragias graves de evolución desfavorable.
 - En las pacientes obstétricas, los niveles de fibrinógeno aumentan en promedio hasta 5-6 g/l (500- 600 mg/dl), en comparación con mujeres no embarazadas cuyos valores normales varían entre 2-4,5 g/l (200-450 mg/dl). Los valores de fibrinógeno de 100 mg/dl se asocian 100% con hemorragias post parto grave. Se preconiza mantener el valor por encima de 200 mg/dl. También se tiene en cuenta la tendencia de disminución con relación al valor base de la embarazada antes del evento hemorrágico.
 - La forma más común de aportar fibrinógeno es transfundir crioprecipitado. En nuestro país una unidad de fibrinógeno tiene aporta entre 150-250 mg de fibrinógeno. Además de fibrinógeno, el crioprecipitado tiene factor VIII, Factor de Von Willenbrand y fibronectina indispensables para la formación y resistencia del coágulo o tapón hemostático. Se estima que para aportar 1 g de fibrinógeno se requiere entre 10 .12 unidades de crioprecipitado. Por eso su uso precoz asociado con el uso de ácido tranexámico, hace posible usar menos unidades y obtener mayor eficacia al decapitar el proceso de fibrinólisis presente en etapas tempranas de la coagulopatía,
 - Para la estimación de la pérdida sanguínea, además de los parámetros clínicos y laboratoriales, se debe calcular lo aspirado en el bocal y la cantidad de sangre estimada en gasas y compresas, para lo cual el siguiente cuadro es sencillo de recordar y aplicar:

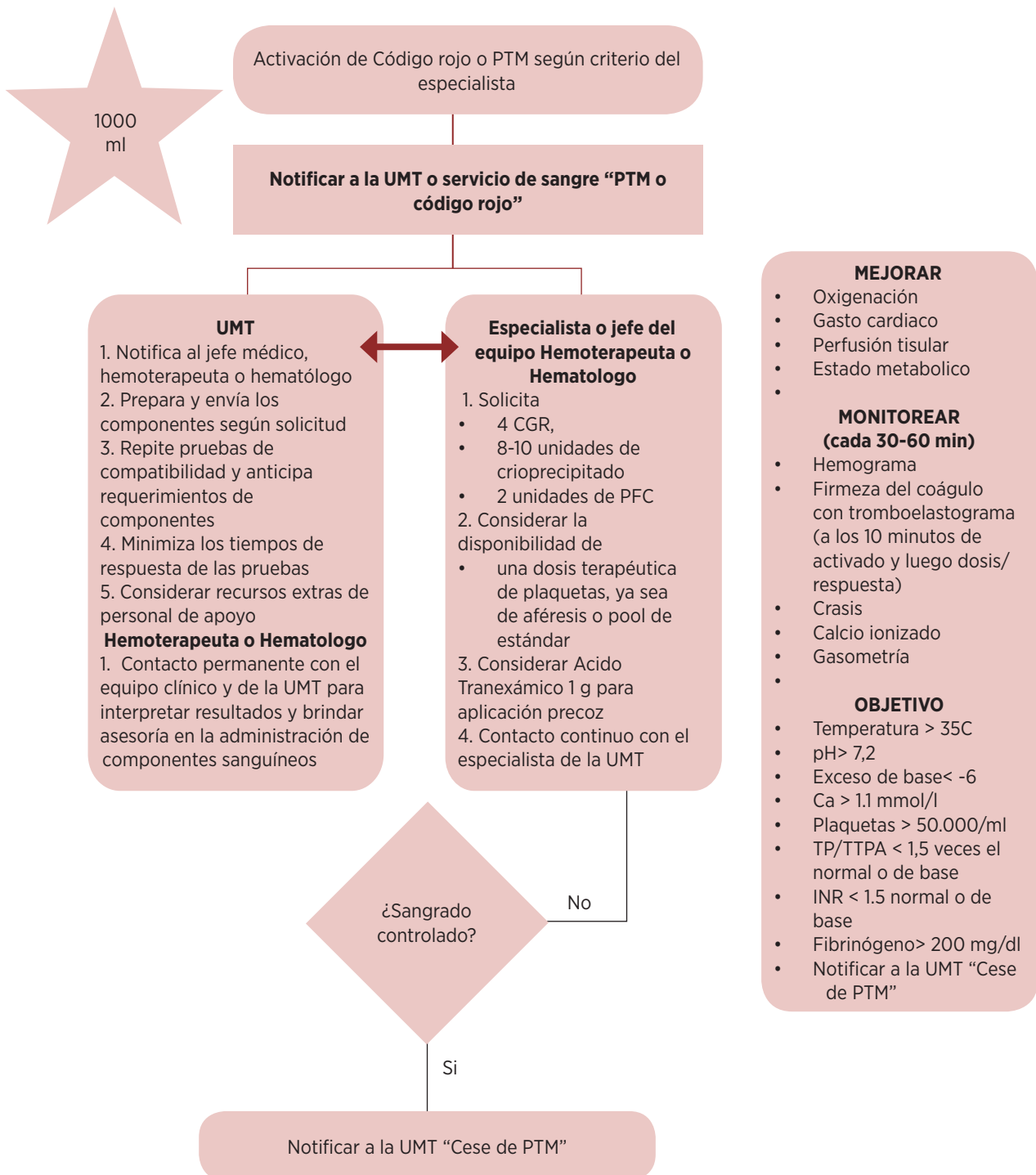
Material	Pérdida sanguínea estimada por unidad	Cálculos aproximados
Gasa 10 x 10 cm	60 ml/gasa	17 gasas: 1020 ml
Compresas 30 x 30 cm	140 ml/compresa	8 compresas: 1120 ml
Sabana empapada	1000 ml/sabana	
Sangrado hasta el piso	1.500 ml	

Fuente: *Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric hemorrhage using clinical reconstructions. BJOG 2006;113:919-924*

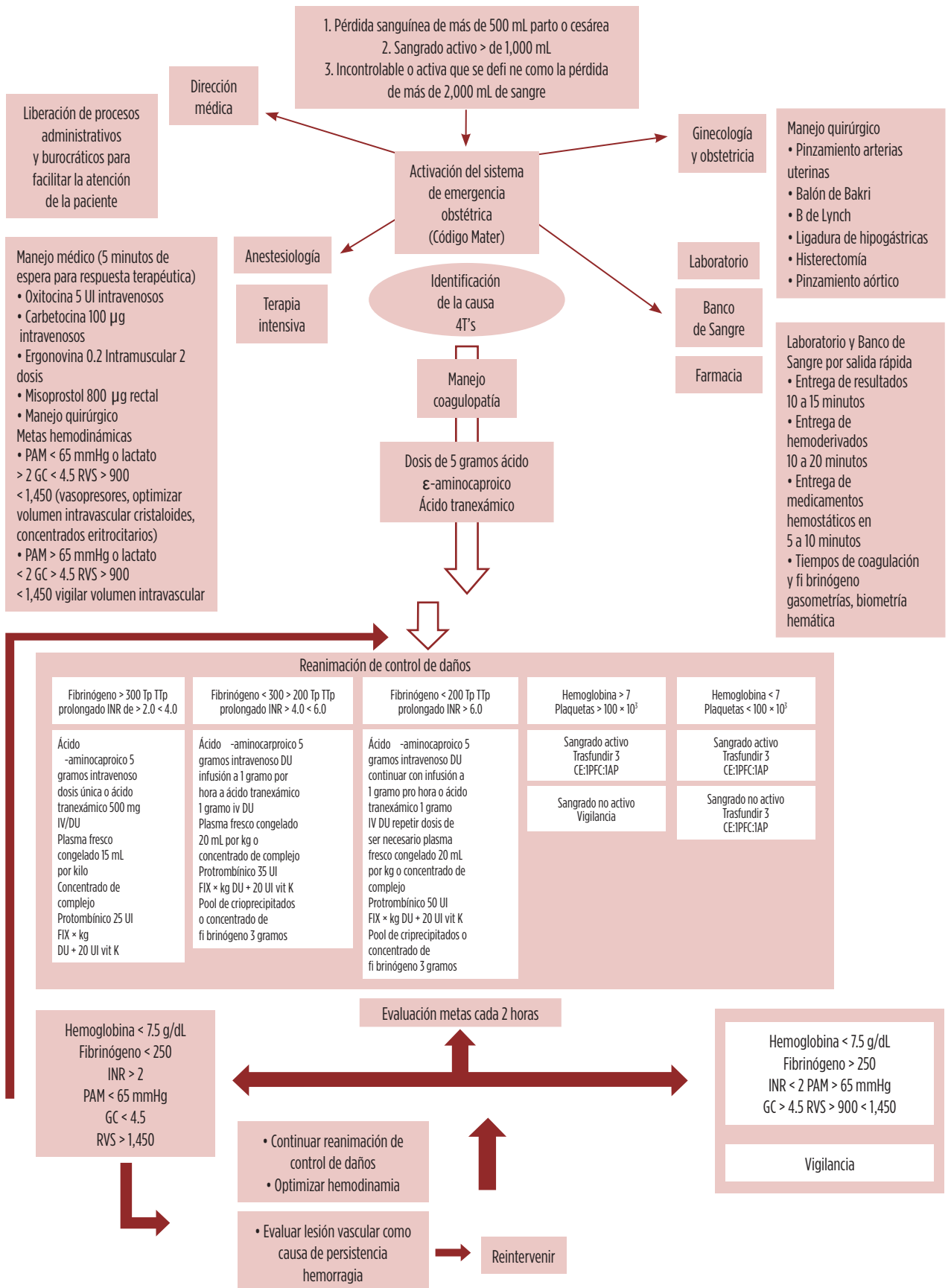
- Recordar que los datos laboratoriales clásicos tardan en mostrar alteraciones, por lo que se recomienda la implementación de pruebas en la cabecera del paciente o Point of care (POC), tales como los equipos con métodos viscoelásticos o tromboelastograma, además de los equipos de medición de hemoglobina capilar o hemoglobímetro, cuya implementación costo/beneficio es apreciable.
 - Ante la activación del código rojo, el servicio de sangre debe preparar cuatro unidades de glóbulos rojos concentrados, 8 unidades de crioprecipitados y dos de plasma fresco congelado. Estos componentes deben estar listos para su uso en 20 minutos, si es que la hemorragia sigue activa a pesar de la aplicación de medidas correctivas inherentes al código rojo.
 - La administración de hemocomponentes se inicia después de aplicado 1 gr de ácido tranexámico y cuatro a cinco unidades de crioprecipitados como aporte de fibrinógeno. No se debe esperar alcanzar el valor crítico de 200 mg/dl de fibrinógeno para aplicar estas medidas. La fibrinólisis inicial debe ser tratada precozmente, pues una vez establecido los valores laboratoriales de la misma, ya es tarde. Existen evidencias científicas que esta práctica disminuye la necesidad de transfusiones y la muerte materna por hemorragia obstétrica mayor.
 - Los valores indicadores de trastorno fisiológico crítico incluyen:
 - Temperatura < 35C
 - pH < 7,2 Exceso de base -6 o peor, lactato > 4mmol
 - calcio ionizado < 1,1 mmol
 - plaquetas < 50.000/ml
 - TP > 1,5 veces el nivel de control o de base de la paciente con el INR > 1,5
 - TTPA > 1,5 veces el nivel control o de base de la paciente
 - Fibrinógeno < 200 mg/dl
 - La administración de hemocomponentes debe seguir un orden lógico que permita la firmeza del coágulo y prevenir el desenlace de la coagulación intravascular diseminada, por lo tanto, debe tener en cuenta la fibrinólisis inicial, la coagulopatía dilucional y los valores de factores de coagulación aumentados al final del embarazo. Se sugiere iniciar siempre con medidas para detener la fibrinólisis y luego tratar la hemodilución con el aporte de concentrados globulares. Recientemente se ha revalorizado el rol del eritrocito en la formación de la malla de fibrina y el tapón plaquetario.
 - Iniciar con la aplicación de:
 - 1 gr de ácido tranexámico, seguidos por 1 g a las 8 hs.
 - 4-5 unidades de crioprecipitados en pool como aporte de fibrinógeno ó en los lugares donde el Concentrado de Fibrinógeno esté disponible, 1 g de fibrinógeno.
 - Dos CGR compatibles, con anticuerpos irregulares negativos, leucoreducidos, idealmente fenocompatibles, Kell Negativo y cribado serológico completo.
 - Continuar con PFC una unidad
 - Evaluar con un tromboelastograma si posible o con la clínica, teniendo en cuenta, no solo la cantidad de sangre en el bocal de aspiración sino también en las gasas y compresas del campo operatorio.
 - Si la hemorragia sigue, continuar con las siguientes 2 unidades de CGR, las 4-5 de Crioprecipitados y una unidad de PFC. Se debe contar en lo posible con asistencia de especialista en hemoterapia o hematólogo para la aplicación de complejos protrombínicos u otros factores de la coagulación liofilizados. Además de guiar la reposición con hemocomponentes en el contexto de una coagulopatía. Se providencia el transporte desde el Centro Productor de Hemocomponentes de unidades de plaquetas obtenidas por aféresis o equivalentes para una dosis terapéutica de adulto (pool de 7-10 unidades de plaquetas).
4. El uso de métodos viscoelásticos (tromboelastograma) precoz, al inicio del evento ha demostrado ser una herramienta sumamente útil para la administración de hemocomponentes para control de daños y a la transfusión por objetivos con mejoramiento de la evolución favorable de la paciente. Este método fácil de

- aplicar, no necesita de personal experimentado para su uso, la interpretación es sencilla y se correlaciona en tiempo real (10 minutos o menos) con el estado real de la paciente. Toma en cuenta la firmeza del coágulo en sangre total, por lo que evalúa globalmente las necesidades de reposición de hemocomponentes y aplicación de drogas hemostáticas o factores de coagulación para lograr una hemostasia estable.
5. Uso del Factor VIIIr no existe evidencia que la dosis y el momento de administrar el rFVII en las pacientes con hemorragia obstétrica grave difieran de los protocolos aplicados a otros protocolos de transfusión masiva.

Algoritmo 3: Protocolo de transfusión masiva en hemorragias obstétricas graves (solo se detalla el protocolo de hemoterapia)



Algoritmo de manejo hemorragia obstétrica enfoque en coagulopatía



Solicitud de Transfusión Sanguínea del PNS.

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

UMT:

PACIENTE:	SALA:
	CAMA:
GRUPO ABO:	RH:
F.NAC:	EDAD: PESO:
SEXO:	
ENFERMEDAD DE BASE:	
ENFERMEDAD ACTUAL:	
MOTIVO DE LA TRANSFUSION:	

TRANSFUSION ANTERIOR SI NO FECHA:

ANTECEDENTES DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL SI NO

Tipo de reacción:

DATOS DE LABORATORIO CON FECHA: / /

HTOI HB: PLAQUETAS: T.P.: TTPA:

HEMORRAGIA SI NO

COMPONENTES SOLICITADO/S	CANTIDAD ml/unid.	IRRADIADO	LEOCURREDUCIDO
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO GLOBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO PLAQUETARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONGELADO		
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO		
<input type="checkbox"/> OTROS		

CARACTER DE LA TRANSFUSION

- PROGRAMADA PARA EL DIAHORA LUGAR
- PROGRAMADA, A REALIZAR DENTRO DE LAS 12 HS.
- URGENTE, A REALIZAR DENTRO DE LAS 2 HS.
- EXTREMA URGENCIA, SIN TIEMPO PARA COMPATIBILIZAR

DEJO CONSTANCIA DEL PRESENTE PEDIDO EN LA HISTORIA CLÍNICA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE:

FECHA Y HORA:

- a) Toda petición de sangre debe ir acompañada de una muestra de sangre anticoagulada de 2 a 3cc.
- b) En toda petición deberán constar OBLIGATORIAMENTE los datos solicitados en la misma
- c) Ningún hemocomponente está exento de transmitir enfermedades infecciosas. Se debe valorar riesgo y beneficio al indicar la transfusión.
- d) La UMT podrá decidir, en función a criterios médicos la conveniencia del hemocomponentes a transfundir

RECEPCION EN HEMOTERAPIA

RECIBIDO POR: FECHA/HORA:.....

.....

GRUPO SANGUÍNEO

FACTOR D

Anticuerpos Irregulares:

Identificación:

COMPONENTE	Nº DE BOLSA	FECHA

Manejo de las reacciones adversas

REACCION TRANSFUSIONAL

REACCION ALERGICA

- Rusch cutaneo
- Prurito
- Papulas
- Edema de glotis
- Fiebre
- Escalofrios
- Sibilancias

REACCION HEMOLÍTICA

- Dolor quemante en el trayecto de la venoclisis
- Dolor lumbar
- Disnea
- Taquipnea
- Escalofrios
- Fiebre
- Hipotensión
- Hiperension
- Homoglobinuria
- Anuria
- **En cirugias:** hipo o hipertensión, sangrado en napa, sangrado en sitios de punción, hemoglobinuria, anuria.

DETENER LA TRANSFUSIÓN

MANTENER VIA VENOSA

HIDRATAR CON SOLUCION SALINA

VERIFICAR CORRESPONDENCIA
PACIENTE/BOLSA

CSV
ENVIAR LA BOLSA A LA UMT

AVISAR AL MEDICO DE PLANTA Y A LA
UMT

ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SEGUN
INDICACION MEDICA

NOTIFICAR A LA UMT EN PROFORMA
DEL PNS

CONTINUAR CON TRANSFUSION SI
CORRESPONDE

REGISTRAR EN HISTORIA CLINICA

APARTADO 3 – CONSIDERACIONES SOBRE DENGUE Y EMBARAZO

FUENTE: Dengue: Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. (Páginas 25 al 28). Cap 4. DENGUE ASOCIADO A OTRAS AFECCIONES O CONDICIONES ESPECIALES (embarazada, neonato, niño de corta edad y adulto mayor).

El embarazo no aumenta el riesgo de contraer dengue ni predispone a una evolución diferente de la enfermedad, pero las posibilidades de que afecte a las embarazadas es evidente y las pacientes deben ser atendidas con prudencia.

Algunas particularidades del dengue en las embarazadas son:

- La muerte materna por dengue es poco frecuente.
- Algunas gestantes pueden presentar amenaza de aborto o aborto, al igual que amenaza de parto prematuro, todos durante la infección por dengue o hasta un mes después de ella.
- En una proporción variable de casos de dengue (4% a 17%) entre las embarazadas se da un retraso del crecimiento fetal.
- Las manifestaciones clínicas, el tratamiento y el pronóstico del dengue de la mujer embarazada son semejantes a los de las no embarazadas. No obstante, hay algunas diferencias que habrá que tener en cuenta durante la atención de la mujer grávida con dengue:
- Algunas características fisiológicas del embarazo podrían dificultar el diagnóstico del dengue (leucocitosis, trombocitopenia, hemodilución).
- Las manifestaciones clínicas del dengue más frecuentes en las embarazadas han sido fiebre, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retroorbitario, es decir, similares a los de la población general con dengue. La erupción se presenta en aproximadamente la mitad de los casos.
- En el primer trimestre del embarazo, un sangrado transvaginal relacionado con el dengue puede llevar erróneamente al diagnóstico de aborto. Por lo tanto, en toda mujer embarazada con sangrado se debe indagar la presencia de fiebre o antecedentes de fiebre durante los siete días más recientes.
- Las embarazadas con dengue sin signos de alarma por lo general tienen un parto y puerperio normales, de lo que se infiere que la enfermedad no parece afectar la evolución satisfactoria del binomio madre-hijo durante la gravidez. El dengue con signos de alarma y el dengue grave son las presentaciones con mayor asociación a crecimiento fetal retardado y a muerte materna, aunque la última es infrecuente cuando la paciente se trata adecuadamente. La mayor parte de los embarazos entre gestantes que han padecido dengue han evolucionado favorablemente hasta su término.
- Las imágenes de la ecografía abdominal han sido interpretadas predominantemente como normales en las mujeres grávidas con dengue sin signos de alarma. El engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, con o sin líquido perivesicular, ha sido un hallazgo frecuente entre las gestantes que presentaron dengue con signos de alarma y dengue grave.
- Otras alteraciones, como hepatomegalia, esplenomegalia y líquido en las cavidades serosas, son iguales a las de los demás enfermos de dengue grave.
- La embarazada puede continuar el curso normal de su embarazo, aunque habrá que controlar la salud fetal. Está indicada la ultrasonografía fetal para evaluar el volumen del líquido amniótico, ya que en algunos casos podría presentarse oligohidramnios, que requiere que se tomen medidas pertinentes.
- Puede detectarse la presencia de ascitis en el feto.
- El manejo conservador, tanto clínico como obstétrico, constituye el tratamiento de elección.
- Con respecto a la administración de líquidos, se usará siempre la solución lactato de Ringer, solución Hartman o la solución salina normal, en las dosis establecidas. Nunca habrá que usar soluciones con dextrosa, en cualquier concentración, para la recuperación del choque durante la fase crítica.
- El dengue no parece afectar la evolución satisfactoria del binomio madre-hijo durante el transcurso del embarazo en la mayoría de los casos; sin embargo, habrá que poner atención especial en la embarazada a término.
- A veces, el dolor abdominal, que constituye uno de los signos de alarma del dengue, puede simular contracciones uterinas o ser diagnosticado como colecistitis y precipitar al médico tratante a realizar una intervención quirúrgica innecesaria que puede ocasionar complicaciones que podrían ser fatales.
- Entre los diagnósticos diferenciales del dengue, están la eclampsia y la pre-eclampsia, así como el síndrome de hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario (síndrome HELLP), que también puede provocar dolor abdominal y sangrado, en este caso por coagulación intravascular diseminada,

cuyo manejo clínico es diferente del aquel del paciente con dengue grave por extravasación. El dengue no presenta hemolisis, salvo algún caso en el que sea una complicación excepcionalmente rara. Otros diagnósticos que habrá que descartar son neumonía, embolia pulmonar, diversas causas de sangramiento vaginal y otras causas infecciosas.

- La embarazada con diabetes u otra enfermedad de base deberá recibir atención para esa enfermedad para lograr la máxima compensación posible, además del manejo específico del dengue.
- Para las pacientes con recuento plaquetario <50.000 por mm^3 que se encuentran en trabajo de parto y serán sometidas a cesárea, habrá que considerar la administración de concentrado plaquetario en el momento más cercano posible a la cirugía propiamente tal.
- El momento y la vía de evacuación del producto del embarazo dependerán de la condición obstétrica.
- En caso de requerirse una cesárea, se recomienda administrar anestesia general. No se recomienda la anestesia raquídea o epidural, porque requiere punción.
- Cuando se trata de una embarazada con dengue, una complicación importante en torno al parto es el sangrado uterino, particularmente si se realizan procedimientos quirúrgicos que pueden asociarse con hemorragia grave.
- Pueden presentarse casos de evolución fatal, la mayor parte de los casos de sangrado por herida quirúrgica y posquirúrgico son controlables.
- Durante el puerperio, las embarazadas que tuvieron dengue y fueron atendidas oportunamente no tienen más complicaciones que el resto de las púerperas.
- Es necesario notificar al servicio de pediatría todo recién nacido de madre con dengue al momento del parto, ya que el recién nacido puede expresar la enfermedad hasta 12 días después de su nacimiento.
- La lactancia materna debe ser continua y habrá que estimularla.
- Los recién nacidos de madres con dengue (o de una madre que tuvo la infección hasta una semana antes del parto) que presentan trombocitopenia, fiebre, hepatomegalia y grados variables de insuficiencia circulatoria durante la primera semana de vida, pueden recibir erróneamente un diagnóstico de sepsis neonatal; para evitarlo, habrá que tener en cuenta el nexo epidemiológico.
- Los recién nacidos de madres que tuvieron la infección por dengue antes o durante el embarazo han recibido anticuerpos maternos (IgG) contra el dengue a través de la placenta y tienen riesgo de contraer dengue grave al ser infectado por un serotipo diferente del virus. Asimismo, los recién nacidos de madres que contrajeron la enfermedad en torno al parto pueden llegar a presentar dengue y dengue grave si son infectados por un serotipo diferente del virus, aún meses más tarde.

Dengue del recién nacido y el lactante

Los niños menores de 1 año de edad infectados por el virus del dengue pueden presentar manifestaciones clínicas que conforman cuadros de intensidad leve o moderada e, incluso, enfermedad grave. En ese grupo de edad, la mortalidad es más elevada y algunos síntomas pueden considerarse infrecuentes en el dengue, tales como las manifestaciones relativas al tracto respiratorio superior, diarrea o convulsiones; las últimas casi siempre se diagnostican inicialmente como convulsiones febriles, aunque pueden deberse a encefalopatía aguda por dengue.

El escape de plasma del espacio intravascular se manifiesta inicialmente por edema palpebral y podálico, aunque todo el tejido celular subcutáneo es afectado por esta situación. Los trastornos hidroelectrolíticos son relativamente frecuentes en el lactante, tal vez porque, proporcionalmente, su cuerpo tiene mayor volumen de líquidos que el niño de más edad y el adulto. También son frecuentes entre los menores de 1 año de edad la hepatomegalia y la esplenomegalia, que es hasta siete veces más frecuente que en el niño de más edad. El choque en los niños de corta edad se expresa principalmente como hipotermia, irritabilidad o letargo, extremidades frías y taquicardia. Posteriormente la presión arterial media tiende a descender.

Cuando se produce transmisión vertical de la infección por dengue, los recién nacidos pueden permanecer asintomáticos o pueden desarrollar síntomas tales como fiebre, exantema, petequias, trombocitopenia y hepatomegalia y evolucionar sin complicaciones. Sin embargo, existe un grupo que llega a desarrollar síntomas graves y presentar un cuadro clínico semejante al de sepsis —que obligatoriamente debe tener un diagnóstico diferencial— con hipotermia en lugar de fiebre, derrame pleural, sangrado digestivo, insuficiencia circulatoria, hemorragia intracraneal y muerte. El tratamiento de estos últimos casos consiste en la administración de soluciones polielectrolíticas balanceadas (acetato de Ringer y similares) con el fin de mantener la presión arterial media dentro de los límites normales para la edad y el sexo.

APARTADO 4. ÍNDICE DE BISHOP

PUNTUACIÓN: 0, 1, 2, 3

PARÁMETRO

DILATACIÓN: 0-1 cm, 2-3 cm, 4-5 cm, >5 cm
 BORRAMIENTO: 0-30%, 40-50%, 60-70%, >70%
 POSICIÓN: POSTERIOR, CENTRAL, ANTERIOR
 CONSISTENCIA: FIRME O DURA, INTERMEDIA O REBLANDECIDA, BLANDA O SUAVE

ALTURA DE LA PRESENTACIÓN

ESTACIONES DE DE LEE

-3, -2, -1, 0, +1, +2

PLANOS DE HODGE

MÓVIL I, II, III, IV

PARÁMETRO	PUNTUACIÓN	0	1	2	3
	DILATACIÓN	0-1 cm	2-3cm	4-5cm	>5cm
	BORRAMIENTO	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
	POSICIÓN	POSTERIOR	CENTRAL	ANTERIOR	
	CONSISTENCIA	FIRME O DURA	INTERMEDIA O REBLANDECIDA	BLANDA O SUAVE	
	ALTURA DE LA PRESENTACIÓN	ESTACIONES DE DE LEE			
	-3	-2	-1,0	+1, +2	
	PLANOS DE HODGE				
	MOVIL- I	II	III	IV	

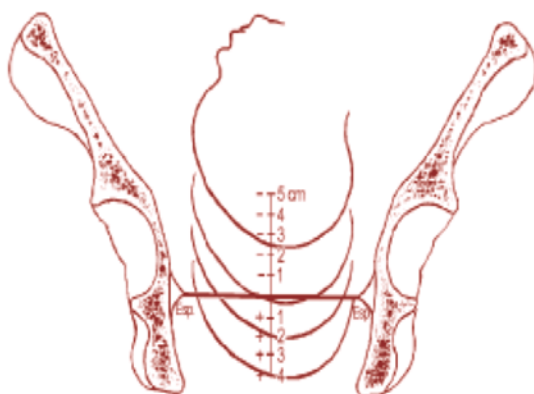
Durante el examen vaginal valore la altura de la presentación y su descenso, usando las Estaciones de DeLee (expresadas en centímetros

+o- desde el punto de referencia 0 correspondiente a las espinas ciáticas) o por los Planos de Hodge según el nivel de la presentación fetal en relación con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre.

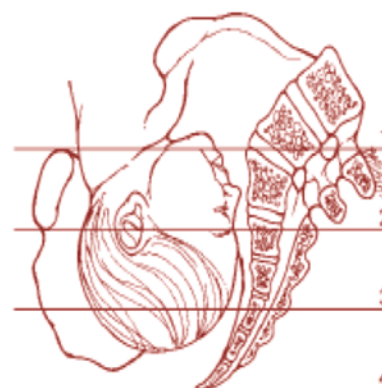
ÍNDICE DE BISHOP DESFAVORABLE: Igual o menor a 6.

ÍNDICE DE BISHOP FAVORABLE: Mayor a 6.

SEGÚN RESULTADO PROCEDA A VIGILANCIA DE LA DILATACIÓN Y BORRAMIENTO O A DECIDIR MADURACIÓN CERVICAL, INDUCCIÓN O CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.



ESTACIONES DE LEE



PLANO DE HODGE

VALORACIÓN DE LA PELVIS FEMENINA ANTE O INTRAPARTO.

Durante el examen vaginal valore los diámetros de referencia de la pelvis femenina normal adecuada para un parto vaginal. Una reducción notoria en uno o más diámetros plantea la posibilidad de distocia.

ESTRECHO SUPERIOR.

Introduzca los dedos índice y medio en dirección al promontorio (unión de la quinta vértebra lumbar con la primera sacra) para valorar el diámetro conjugado obstétrico.

DIAMETRO MINIMO: 10,5 cm.

Descienda sus dedos por la cara anterior del sacro para confirmar su concavidad.

ESTRECHOMEDIO.

Al llegar al nivel de las espinas lateralice sus dedos para valorar la ESTRECHO prominencia de las espinas isquiáticas y el diámetro interespinoso.

DIAMETRO MINIMO: 10 cm.

ESTRECHO INFERIOR O DE SALIDA

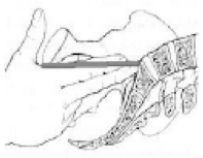


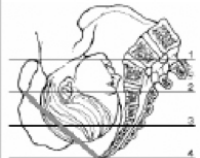


Descienda los dedos hasta la región de la prominencia sacro coxígea para valorar su prominencia o capacidad de retropulsión.

Al salir de la vagina con sus dos dedos lateralizados valore el ángulo subpúbico.

ANGULO NORMAL: 90 A 100°

Con el puño cerrado presione contra el periné a nivel de las tuberosidades isquiáticas.

DIAMETRO MINIMO: 8 cm.

ESTRECHO SUPERIOR	Introduzca los dedos índice y medio en dirección al promontorio (unión de la quinta vértebra lumbar con la primera sacra) para valorar el diámetro conjugado obstétrico. DIÁMETRO MÍNIMO: 10,5 cm.	
	Descienda sus dedos por la cara anterior del sacro para confirmar su concavidad.	
ESTRECHO MEDIO	Al llegar al nivel de las espinas lateralice sus dedos para valorar la ESTRECHO prominencia de las espinas isquiáticas y el diámetro interespinoso, DIÁMETRO MÍNIMO: 10 cm.	
ESTRECHO INFERIOR DE SALIDAX	Descienda los dedos hasta la región de la prominencia sacro coxígea para valorar su prominencia o capacidad de retropulsión.	
	Al salir de la vagina con sus dos dedos lateralizados valore el ángulo subpúbico, ANGULO NORMAL: 90 A 100°	
	Con el puño cerrado presione contra el periné a nivel de las tuberosidades isquiáticas. DIÁMETRO MÍNIMO: 8 cm.	

APARTADO 5 - SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: SIP PLUS

Instrumento para realizar la gestión de los datos de la atención perinatal y patologías obstétricas y neonatal. En 1983, el CLAP/SMR de la Organización Pan Americana de la Salud (OPS/OMS) publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es el resultado de la contribución de cientos de profesionales de la Región de las Américas. En sus 35 años de desarrollo, el sistema recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de ginecología/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son:

1. La Historia Clínica Perinatal (HCP). El cual tiene formularios accesorios como SIP aborto, Morbilidad Obstétrica, Infección Zika, Atención Neonatal y Malformaciones Congénitas
2. Carne Perinatal, que en el Paraguay es parte de la Libreta Perinatal
3. Sistema Informático (SIP - PLUS), el cual almacena y produce reportes de análisis de datos en tiempo real, es decir los datos pueden ser introducidos directamente en la HCP electrónica en el momento de dar la atención obstétrica y neonatal en el establecimiento de salud

La HCP es de uso en todos los servicios maternos del MSP Paraguay, la Dirección General de Salud de Programas, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la Dirección General de Información Estratégica en Salud lideran su implementación nacional.

El SIP-PLUS, maneja la versión electrónica de la HCP y tiene varios módulos accesorios de la atención perinatal en donde destaca el de MORBILIDAD MATERNA el cual contiene las principales patologías obstétricas y las causas principales de las muertes maternas: Hipertensión en el embarazo, Complicaciones del Aborto Inseguro y la Hemorragia Obstétrica (“Near Miss”).

El SIP-PLUS funcionalmente almacena los datos de los servicios de salud que se dan a las mujeres embarazadas y los recién nacidos, así también genera reportes de análisis de datos que son de utilidad para monitorear la atención perinatal, analizar la productividad de servicios maternos, preparar reportes de gestión y alimentar estudios de evaluación de programas y/o investigación en salud materna.

Está disponible el kit de materiales de entrenamiento en el SIP PLUS en versión electrónica y los links para la instalación del SIP PLUS (sistema gratuito).

Para más información puede acceder al documento “Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. 2a. ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2017” visitando el siguiente link: <http://www.mspbs.gov.py/programasdesalud/>

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO dia mes año		ETNIA blanca indígena meziza negra otra		ALFA BETA no sí		ESTUDIOS ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		ESTADO CIVIL casada unión estable soltera otro vive sola no sí		Lugar control prenatal Lugar del parto N° identificación									
NOMBRE APELLIDO										EDAD (años) < de 15 > de 35																			
DOMICILIO																													
LOCALIDAD					TELEF.																								
ANTECEDENTES FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR													
no si		no si		no si		gestas previas		3 espont consecutivos		partos cesáreas		nacidos vivos		viven		días mes año menos de 1 año													
TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. medica grave		cirugia genito-urina infertilidad cardiopat nefropatia violencia VIH+		ULTIMO PREVIO n/c < 2500g normal ≥ 4000g		emb. ectópico						muertos 1° sem. después 1° sem.		EMBARAZO PLANEADO no si		FRACASO METODO ANTICONCEP. no barrera DIU homop natural gencia													
GESTACION ACTUAL										EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.		FUMA ACT		FUMA PAS		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		VACUNAS							
PESO ANTERIOR TALLA (cm) FPP FUM										1° trim 2° trim 3° trim		no si		no si		no si		no si		no si		no si							
EX NORMAL CODONT MAMAS										CERVIX normal anormal no se hizo		GRUPO Rh Inmuniz. + yglobulina anti D		TOXOPLASMOSIS <20sem IgG ≥20sem IgG 1° consulta IgM		Hb <20 sem >20sem		Fe/FOLATOS indicados Fe Folateos		Hb ≥20 sem <11.0 g/dl ≥11.0 g/dl		tetanos/difteria tdap influenza rubeolla hepatitis B hepatitis A tamizaje hepatitis B		día mes año nº total dosis edad gest. semanas					
CHAGAS										BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCCO B		PREPARACIÓN PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA											
no si										sem. normal anormal no se hizo		<20 sem ≥30 sem		no se hizo		no si		no si											
VIH - Diag Tratamiento										SIFILIS		Diagnostico y Tratamiento		Prueba no troponémica		Tratamiento		Tto de la parva		Prueba treponémica		Tratamiento		Tto. de la parva					
no si										no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si							
CONSULTAS ANTENATALES										P.A.		altura uterina		presen tación		FCF (lpm)		movim. fetales		protei nuria		lugar de control		signos de alarma, exámenes, tratamientos		Iniciales Técnico		próxima cita	
día mes año edad gest. peso																													
PARTO		ABORTO		EDAD GEST.		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO espontáneo		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE TDP									
FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NATALES		1ª CONSULTA		no si		completo incompl. ninguna		no si		no si		semanas días		cefalica pelviana transversa		no si		pareja familiar otro ninguno									
CARNÉ																													
TRABAJO DE PARTO										pulsos		contr. /10'		dilatación		altura present.		variedad posic.		meconio		FCF/dips		ENFERMEDADES					
hora min posición de la madre PA																						TDP Prueba - + n/r n/c		Sifilis VIH TARV					
NACIMIENTO										MUERTO anteparto		MULETE		TERMINACION		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. OPER.											
vivo hora min día mes año										no si		orden		espont. cesárea otra		cesárea vacuum		código		INDUC. OPER.									
POSICION PARTO										DESGARROS		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		ocitocicos en TDP		antibiot. analgesia		anest. local anest. region. anest. gen. transfusión		sulfato de Mg preeclam. eclam.		otros (código) medic 1 medic 2			
sentada acostada Episiotomía										Grado (1 a 4)		prelumb. postalumb. no si		completa retenida		<1 min 1 a 3 min		no si		no no no no		no no no no		código					
RECIE NACIDO										P. CEFALICO		EDAD GESTACIONAL		PESO E.G.		Lactancia materna inicio precoz		REANIMACION		ATENDIO		medico obst. enf. auxil. estud. ompir. otro		Nombre					
SEXO PESO AL NACER										cm		sem. días FUM		peq. gde.		no si		PARTO NEONATO											
LONGITUD cm										ESTIMADA		1° APGAR (min) 5°		estimulac. aspiración máscara		oxígeno masajé intubación medicación		tempo Temp °C P.A. pulso		involución uterina srr-grado		Responsable							
DEFECTOS CONGENITOS										ENFERMEDADES		TAMIZAJE NEONATAL		VDRL		Audic. Cha gas Bili rub Toxo IgM Hb patia Cardiov		Fallece en Sala de parto		REFERIDO		Meconio		PESO AL EGRESO					
menor mayor										ninguna 1 o más		Expuesto no si		no si		no si		no si		no si		1° día							
EGRESO RN										ALIMENTO AL ALTA		EDAD AL EGRESO		INMUN. HEPATITIS B		Meconio		RESPONSABLE		Meconio		PESO AL EGRESO							
vivo fallece traslado										lact. excl. parcal artificial		días completos <1 día		no si		no si		aloi. neona conji. otro hosp.		no si		g							
día mes año hora min lugar																													
Nombre RN																													
Responsable																													

HCP NEAR MISS ANVERSO ESPAÑOL 25-04-2017 Descripción de códigos en el reverso

MORBILIDAD															
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS				INFECCIONES				HEMORRAGIA							
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				1º TRIMESTRE no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> 2º TRIMESTRE no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> 3º TRIMESTRE / POSPARTO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>							
Hipertensión crónica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Pre eclampsia leve <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pre eclampsia severa <input type="radio"/> <input type="radio"/> Eclampsia <input type="radio"/> <input type="radio"/> HELLP <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hipertensión gestacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hipertensión crónica + PE sobrepuesta <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Sepsis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Pielonefritis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Endometritis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Neumonía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Infección herida cesárea <input type="radio"/> <input type="radio"/> Corioamnionitis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Infección episiorral <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bacteriuria asintomática <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otra infección <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Post aborto <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Rotura uterina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Mola hidatiforme <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hemorragia postparto <input type="radio"/> <input type="radio"/> Embarazo ectópico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Atonía uterina <input type="radio"/> <input type="radio"/> Placenta previa <input type="radio"/> <input type="radio"/> Desgarros <input type="radio"/> <input type="radio"/> Acretismo placentario <input type="radio"/> <input type="radio"/> Restos <input type="radio"/> <input type="radio"/> DPPNI <input type="radio"/> <input type="radio"/> Defecto de coagulación <input type="radio"/> <input type="radio"/>							
TRASTORNOS METABÓLICOS				OTROS TRASTORNOS				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>							
DIABETES MELLITUS no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Tolerancia oral a la glucosa anormal <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> se hizo <input type="radio"/> D.M. insulino dependiente previa <input type="radio"/> <input type="radio"/> D.M. no insulino dependiente previa <input type="radio"/> <input type="radio"/> D.M. gestacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Estado hiperosmolar <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cetoacidosis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Estado hiperglicémico <input type="radio"/> <input type="radio"/>				TRASTORNOS TIROIDEOS no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Hipotiroidismo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Hipertiroidismo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Crisis tiroidea <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otro trastorno metabólico <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Hiperemesis gravídica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Oliguria <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Trombosis venosa profunda <input type="radio"/> <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tromboembolismo pulmonar <input type="radio"/> <input type="radio"/> Anemia falciforme <input type="radio"/> <input type="radio"/> Embolia L.A. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad renal <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cardiopatía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Neoplasia maligna <input type="radio"/> <input type="radio"/> Valvulopatía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Trastorno psiquiátrico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> <input type="radio"/> Colestasis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Alteración del estado de conciencia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Parto obstruido <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Polihidramnios <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Rotura prolongada de membrana <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sufriamiento fetal agudo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Oligoamnios <input type="radio"/> <input type="radio"/> Restricción de Crecimiento Intrauterino <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
INTERVENCIONES															
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>					
Alumbramiento manual <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Via venosa central <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Nº de vol. <input type="text"/>		Laparotomía (excluye cesárea) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Ingreso a UCI < 7 días <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Traje antishock no neumático <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Uterotónicos para tto. Hemorragia <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Administración de hemoderivados <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="text"/>		Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Cual/es <input type="text"/>		Balones hidrostáticos <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Cual/es <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		Cual/es <input type="text"/>		<input type="text"/>		Suturas B-Lynch o similares <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		Emboizaciones <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS															
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES							
Cardiovascular Shock <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> paro cardíaco <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepático Ictericia en preeclampsia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Respiratorio Cianosis aguda <input type="radio"/> <input type="radio"/> Respiración jadeante (gaspng) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Taquipnea severa FR > 40 rpm <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bradipnea severa FR < 6 rpm <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Renal Oliguria resistente a líquidos diuréticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Hematológicos/coagulación Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> <input type="radio"/> Neurológico Coma <input type="radio"/> <input type="radio"/> Inconsciencia prolongada >12 hs. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Accidente cerebro vascular <input type="radio"/> <input type="radio"/> Convulsiones incontrolables/estado de mal epiléptico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Parálisis generalizada <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Laboratorio Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bilirubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> pH < 7,1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sat Hb < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/> <input type="radio"/> PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lactato > 5 µmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/>				Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Cual/es <input type="text"/> Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> días <input type="text"/> Administración ≥ 3 vol de hemoderivados <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Ingreso a UCI ≥ 7 días <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Histerectomía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> <input type="radio"/> Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
día Temp °C P.A. pulso invol. uter. loquios periné lactancia observaciones Responsable				EGRESO MATERNO FECHA				CONDICIÓN AL EGRESO sana NA c/patología muerte							
1er <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				día mes año hora min				lugar Traslado fallece durante o en lugar de traslado no si Autopsia no si							
2º <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				TIPO DE EGRESO fallece contra consejo médico egreso médico				Responsable							
3er <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Responsable				ANTICONCEPCION Inicio MAC no si pref. acce.							
5º a 10º <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Responsable				ACQ "píldora" pref. acce. Otro hormonal (anillo vaginal, parche AE) pref. acce.							
CONSEJERÍA oral escrita ninguna				Responsable				DIU pref. acce. inyectable barrera EQV fom pref. acce.							
Responsable				Responsable				EQV masc. pref. acce. implante condón abstinencia							

HCP NEAR MISS REVERSO ESPAÑOL 25-04-2017
 Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

APARTADO 6 – CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fuente: Protocolo de aplicación del Consentimiento Informado. 1ra Edición, 2017. Ministerio de Salu Pública y Bienestar Social.

El consentimiento informado es un proceso de comunicación e información entre el personal de salud y el usuario.

El proceso culmina con la aceptación o negación por parte del usuario, de un procedimiento que conlleve un acto médico o la intervención de otros profesionales de la salud, después de conocer los riesgos, beneficios y alternativas, para poder implicarse libremente en la decisión. Para que el consentimiento se considere libre, la información proporcionada por el profesional debe ser clara, completa y basada en evidencia científica.

El protocolo de aplicación del consentimiento informado, aprobado por Resolución N° 749/2017, es de utilización obligatoria en todos los establecimientos que integran el sistema Nacional de Salud.

Formulario de Declaración de Consentimiento Informado

Yo.....

(Nombre y Apellido del Paciente) (Nombre y Apellido del Padre o Tutor en caso de un menor de edad)

De años de edad, con Documento de Identidad

N°

He sido informado por

Que con el diagnóstico de

Debo ser sometido a (marque con una X)

Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Procedimientos quirúrgicos odontológicos	<input type="checkbox"/>
Toma de muestras	<input type="checkbox"/>	Procedimientos de enfermería	<input type="checkbox"/>
Procedimiento quirúrgico	<input type="checkbox"/>	Estudio diagnóstico con anestesia y/a contraste	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Se me ha informado del objetivo, las características y los beneficios del procedimiento, así como de sus potenciales riesgos.

Se me ha explicado las consecuencias que tendría para mi salud el no realizar este procedimiento.

He realizado las preguntas que consideré necesarias, todas han sido aclaradas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Estoy informado de que puedo retirar o revocar este consentimiento comunicándole al profesional tratante, sin tener que dar explicaciones y sin perjudicarme en mis derechos de usuario.

He sido informado que mis datos personales serán protegidos y que esta declaración no Exonera a los profesionales de salud que me atienden de la responsabilidad que conlleva Realizar dichas acciones médicas.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria

ACEPTO		NO ACEPTO	
Fecha:		Fecha:	
Firma del paciente o responsable legal	Aclaración de firma C.I.	Firma del paciente o responsable legal	Aclaración de firma C.I.
Firma del profesional	Sello N° Reg. Profesional	Firma del profesional	Sello N° Reg. Profesional

Revocatoria: por la presente retiro mi consentimiento informado otorgado más arriba

Firma del paciente o responsable	Aclaración de firma	CI
Fecha:		

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ACRETISMO PLACENTARIO

- Alfirevic Z, Tang A-W, Collins S, Robson S, Palacios-Jaraquemada J. Pro forma for ultrasound reporting in suspected abnormally invasive placenta (AIP): an international consensus. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 276-278.
- Alto Riesgo Obstétrico. 2ª Edición. E. Oyarzun y J.A. Poblete (eds.). Ediciones UC. Santiago de Chile, 1977.
- Collins S, L. Ashcroft A, Braun T, Calda P, Langhoff-Roos J, Morel O, Stefanovic V, Tutschek B, Chantraine F. Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 271-275.
- Finberg G, William J. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa / accreta. *Contemp Obstet Gynecol* 1996; 41: 66-95.
- Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de las anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), México.
- Noguera Sánchez M, Karchmer Krivitzky S, Rabadán Martínez C, Sánchez P. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81:99-104.
- Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 4ª Edición. L. Cabero y M.A. Sánchez. Editorial Ergon. Barcelona, 2014.
- Tratado de Ginecología y Obstetricia. 2ª Edición. L. Cabero (ed.). Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2013.
- Urgencias en Ginecología y Obstetricia. M.L. Cañete (ed.). FISCAM, 2013.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Practice Committee. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. ACOG Committee Opinion, No. 273. *Obstet Gynecol* 2002;99 (5 Pt 1):871-3.
- Antenatal corticosteroid therapy For fetal maturation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25(1):45-8.
- Byrne B, Morrison J. Preterm birth. *Clin Evid* 2004;12:2032-51.
- Campbell S. Universal cervical length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 38: 1-9.
- Coomarasamy A, Knox EM, Gee H, Song F, Khan KS. Effectiveness of nifedipine versus atosiban for tocolysis in preterm labour: a meta-analysis with an indirect comparison of randomised trials. *BJOG* 2003; 110:1045-9.
- Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 4. Oxford: Update Software; 2002.
- Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database Syst Rev*, 2004;2.
- Crowthier CA, Hiller JE, Doyle LW. Sulfato de magnesio para prevenir el nacimiento prematuro en la amenaza de trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3.
- Dodic M, Moritz K, Wintour EM. Prenatal exposure to glucocorticoids and adult disease. *Arch Physiol Biochem* 2003;111:61-9.
- Elimian A, Figueroa R, Spitzer AR, et al. Antenatal corticosteroids: are incomplete courses beneficial? *Obstet Gynecol* 2003;102:352-5.
- Gaunekar NN, Crowther CA. Tratamiento de mantenimiento con bloqueantes de los canales de calcio para la prevención del parto prematuro después de una amenaza de trabajo de parto prematuro. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3.
- J. Terrien et al. What is the future of tocolysis? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 117S (2004) S10-S14
- L F J Mildenhall, M R Battin, S M B Morton, C Bevan, C A Kuschel and J E Harding. Cardiovascular status after birth glucocorticoids is associated with altered Exposure. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed* 2006;91:56-60.
- L Foix-L'Hélias, O Baud, R Lenclen, M Kaminski, T Lacaze-Masmonteil. Benefit of antenatal glucocorticoids according to the cause of very premature birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90:F46-F48
- Management of Preterm Labour. ACOG Practice Bulletin No 43, May 2003.
- McLaughlin KJ, Crowther CA, Walker N, Harding JE. Effects of a single course of corticosteroids given more than 7 days before birth: a systematic review. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2003;43:101-6.
- McLaughlin KJ, Crowther CA. Repeat prenatal corticosteroids: who still recommends their use and why? *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2003;43:199-202.
- Penney GC, on behalf of the Guidelines and Audit Sub-Committee. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. RCOG;1999. Available on-line at. November 25, 2002.
- Ratko Matijević, Ozren Grgić, Oliver Vasilj. Ritodrine in Oral Maintenance of Tocolysis after Active Preterm Labor: Randomized Controlled Trial. *Croat Med J.* 2006;47:25-31
- RCOG Guideline No. 7. Revised February 2004. Antenatal corticosteroids

to prevent respiratory distress syndrome

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal Corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. RCOG Guideline No7 2004:1-9.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrauterine Infection and Perinatal Brain Injury. Scientific Advisory Committee Opinion Paper 3. London: RCOG;2002.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Tocolytic Drugs for Women in Preterm Labour. Clinical Guideline No. 1(B). London:RCOG;2002
- Small F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonization (Cochrane review) In: The Cochrane library, Issue 4, 2003.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Clinical Practice Guideline. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies, No. 257, May 2011.
- Tan T C, Devendra K, Tan L K, Tan H K. Tocolytic treatment for the management of preterm labour: a systematic review. *Singapore Med J* 2006; 47(5) : 366
- Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P. Prophylactic antibiotic administration in pregnancy to prevent infectious morbidity and mortality. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
- Vincenzo Berghella, Jason K Baxter, Nancy W Hendrix. Evaluación ecográfica del cuello del útero para la prevención del parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANEMIA FERROPÉNICA DURANTE EL EMBARAZO

- Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000; 71 suppl: 1280S-4S.
- Canaval H, Cifuentes R, Lomanto A. Texto de Ginecología y Obstetricia. Sociedad colombiana de ginecología y obstetricia. Capítulos: Nutrición en el embarazo y Anemia en el embarazo. Bogotá, 1ª Ed. 2004.
- Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2003Oct;78(4):773-81.
- Colegio De Médicos De La Provincia De Buenos Aires Distrito Iii Fondo De Resguardo Profesional, Guía De Procedimientos En Obstetricia; Ed. Print Castel, Buenos Aires - Rep. Argentina, 2004.
- González-Cossio T. Suplementación de rutina con hierro durante el embarazo: Comentario de la BSR (Biblioteca de Salud Reproductiva) de la OMS, N° 6, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/RHR/03.5S).
- Haram K, Nilsen ST, Ulvik RJ. Iron supplementation in pregnancy - evidence and controversies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001Aug;80(8):683-8.
- Ingram C. Suplementación de rutina con hierro y folato en el embarazo: Comentario de la BSR (Biblioteca de Salud Reproductiva) de la OMS, N° 6, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/RHR/03.5S).
- Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane database syst rev* 2000; (2): CD001056.
- Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software Ltd. Ministerio de Salud-Chile. Guía Perinatal de Minsalud - Chile / Cepid. 2003.
- MSP. Manual sobre criterios Técnicos para el uso clínico de sangre y Hemocomponentes. MSP-Cruz Roja- OPS-INNFA. 2004
- Pa RulCh, KhatrySk, Katz J. Effects Of Alternative Maternal Micro Nutrient Supplements On Low Birth Weight In Rural Nepal: Double Blind Randomised Community Trial. *BMJ.* Mar 2003; 326 :571 -576
- Ramakrishnan U, González-Cossio T, Neufeld L, Rivera J, Martorell R. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy does not lead to greater infant birth size than does iron-only supplementation: a randomized controlled trial in a semirural community in Mexico. *Am J Clin Nutr* 2003;77:720-5.
- Saha L, Pandhi P, Gopalan S y colaboradores. Comparison of Efficacy, Tolerability, and Cost of Iron Polymaltose Complex with Ferrous Sulphate in the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women. *Medscape General Medicine* 9(1) Ene2007.
- Siege-Riz AM, Hartzema AG, Turnbull C. Efectos de la administración profiláctica de hierro durante el embarazo. *Am J Obstet Gynecol.* 2006Feb;194(2):512-9.
- Steer P. Maternal haemoglobin concentration and birth weight. *Am J Clin-Nutr* 2000; 71 suppl: 1285S- 7S
- Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. 2001. INACG
- United Nations Children's Fund, United Nations University. World Health Organization. Iron deficiency anemia assessment, prevention, and control: A guide for programme managers. 2001.
- Villar J, Merialdi M, Gulmezoglu M et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: An overview of randomized controlled trials. *J. Nutr.* 2003;133:1606s-1625s.

- Wagner P. La Anemia: Consideraciones fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas. Anemia Working Group Latin America. Lima, Perú, 2004.
- WHO/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO, 2001

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE CESÁREA

- Aguirre Unceta-Barrenechea A, Aguirre Conde A,
- ALSO - Advanced Life Support in Obstetrics. Provider Manual. Eight Edition. American Academy of Family Physicians. 2017. Chapter Q: Cesarean Delivery.
- Bataglia Doldán, Vicente. Temas prácticos de Obstetricia. 1º Ed. 2004
- Bonilla Musoles. "Tococirugía" Obstetricia, Ginecología y Reproducción básica. 3º Ed. 2008. 602 – 615.
- Enkin MW, Wilkinson C: Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at cesarean. Cochrane Database Syst Rev 2002, 4:CD000192.
- Feber A. Maternal complication of fetal macrosomía. Clinical obstetric and Gyn 2000, 43.
- French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Gadsden et al. Post-cesarean delivery analgesia. In: Anesth Analg 2005;101.
- Gonen O, Rosen DJ, Dolfin Z, Tepper R, Markov S, Fejgin MD. Induction of labor versus expectant management in macrosomia: a randomized study. Obstet Gynecol. 1997 Jun;89(6):913-7.
- Grant A, Glazener CMA. Cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Hofmeyr G Justus, Mathai Matthews, Shah Archana N, Novikova Natalia. Techniques for caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.
- Hofmeyr GJ, Hannah ME. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Hofmeyr GJ, Kulier R. Tratamiento quirúrgico versus conservador para el "sufrimiento fetal" en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Hopkins L, Smaill F. Tratamientos de profilaxis antibiótica y fármacos para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007.
- Hopkins L, Smaill F. Tratamientos de profilaxis antibiótica y fármacos para la cesárea. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
- José Villar, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. Vol 367 June 3, 2006.
- Langer O. Fetal macrosomia: etiologic factors. Clinical obstetric and Gyn 2000.
- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Magann EF, Chauhan SP, Martin JN Jr, et al.: Does uterine wiping influence the rate of post-cesarean endometritis? J Matern Fetal Med 2001, 10:318-322.
- Mathai M, Hofmeyr GJ. Incisiones quirúrgicas abdominales para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
- NIH Consensus and State-of-the-Science Statements. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH Volume 23, Number 1 March 27-29, 2006.
- OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Abril 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
- Pérez Legórburu A, Echániz Urcelay I. Recién nacido de peso elevado. Unidad Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.
- Pitt C, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM: Adjunctive intravaginal metronidazole for the prevention of postcesarean endometritis: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2001, 98:745-750.
- Puerperal Infection after Cesarean Delivery: Evaluation of a Standardized Protocol. American Journal of Obstetrics and Gynecology 182:1147-1151 Ref.: 25, 2000.
- Rol J. Factors associated with fetal growth and body composition as measured by ultrasound. American Journal of Obstetric and Gynecology 2001, 185.
- Smaill F, Hofmeyr GJ. Profilaxis antibiótica para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007.

- Sociedad Española de Gineco Obstetricia, Cesarea, En: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción; 2 Vols. 1º ed. Junio 2002.
- Soporte Vital Avanzado en Obstetricia. ALSO. Indicaciones de cesárea. Pág.: 263, 2012.
- Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.
- Wilkinson C, Enkin MW: Manual removal of placenta at cesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2002, 4:CD000130.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO

- Brouwers L, et al. Intrahepatic Cholestasis of pregnancy: maternal and fetal outcomes associated with elevated bile acid levels. American Journal of Obstetrics and Gynecology. January 2015.
- Colestasis Obstétrica. Royal College of Obst Gynaecol. Green Top Guideline nº 43. April 2011.
- Dixon P H, Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology (2016) 40, 141–153.
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG). Consenso FASGO 2016.
- Glantz A, Marschall HU, Mattson LA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates. Hepatology 2004; 40:467-74.
- González Mc, Reyes H. Intrahepatic cholestasis of pregnancy in twins. J. Hepatology 1989; 9: 84-90.
- Grand'Maison S, Durand M, Mahone M. The effects of ursodeoxycholic acid treatment for intrahepatic cholestasis of pregnancy on maternal and fetal outcomes: a meta-analysis including non-randomized studies. J Obstet Gynaecol Can. 2014 Jul; 36(7):632-41.
- Grupo de investigación en colestasis intrahepática gestacional. HMIR Sardá. Colestasis y embarazo. Seguimiento ambulatorio. Mejora de calidad de atención. Jornadas 80º Aniversario del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Noviembre de 2014. Buenos Aires.
- Grupo de investigación en colestasis intrahepática gestacional. HMIR Sardá. Amniocentesis en colestasis intrahepática gestacional. Indicaciones y resultados. XLIII Reunión Nacional Anual FASGO 2012. Octubre de 2012. Mendoza. Argentina.
- Guía clínica de la colestasis intrahepática gestacional. Universidad de Salamanca.
- Guía de Práctica Clínica: "Colestasis Intrahepática Gestacional". HMIR Sardá, actualizada a Mayo de 2011. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012; 31 (3):125-36.
- Gurung V, Middleton P, Milan S, Hague W, Thornton J. Intervenciones para el tratamiento de la colestasis durante el embarazo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art. No.: CD000493. DOI: 10.1002/14651858.CD000493.
- J.O.Lo et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and timing of delivery. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015; 28(18): 2245-58.
- Kawakita T, Parikh LI, Ramsey PS, Huang Ch Ch, Zeymo A, Fernandez M, Smith S, Iqbal SN. Predictores de resultado neonatal adverso en colestasis intrahepática del embarazo. Rev. Chil Obstet Gynecol 2015; 80(4): 348 – 350.
- Kenyon AP, Piercy CN, Girling J, Williamson C, Tribe RM, Shennan AH. Obstetric cholestasis, outcome with active management: a series of 70 cases. BJOG 2002; 109:282–8.
- Lorente S et al. Colestasis gravídica. Gastroenterol Hepatol. 2007; 30(9):541-7.
- Marin JJ, Macias RI, Briz O, Banales JM, Monte MJ. Bile Acids in Physiology, Pathology and Pharmacology. Curr Drug Metab. 2015; 17(1):4-29.
- Reyes H, Sjøvall J. Bile acids and progesterone metabolites in intrahepatic cholestasis of pregnancy. Ann Med. 2000; 32: 94-106.
- Roncaglia N, Arreghini A, Locatelli A, Bellini P, Andreotti C, Ghidini A. Obstetric cholestasis: outcome with active management. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002 Jan 10; 100(2):167-70.
- Walker IA, Nelson-Piercy C, Williamson C. Role of bile acid measurement in pregnancy. Ann Clin Biochem 2002; 39:105–13.
- Williamson C, Geenes V. Colestasis intrahepática del embarazo. Obstet Gynecol 2014; 124: 120-33.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL

- East CE, Smyth R, Leader LR, Henshall NE, Colditz PB, Tan K. Estimulación vibroacústica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto en casos de trazado poco confiable de la frecuencia cardíaca fetal. De La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- Evidence- Based Medicine. Working Group. Evidence-based. A new approach to teaching in practice medicine. JAMA 1992; 268:2420-5.
- Fawole B, Hofmeyr GJ. Administración de oxígeno a la madre para el sufrimiento fetal. La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- Fawole B, Hofmeyr GJ. Cochrane Database Systematic Reviews 2003;(4):CD000136. The Cochrane Database Syst 2003;(2): Issue (4) DOI:10.1002/14651858.
- Gallo V, Ruoti C. Manual de Monitorización Fetal en el Embarazo y el Parto. Clasificación de las Sociedades Inrenacionales y Valor Clínico-Legal. EFACIM. Asunción, Paraguay. 1ra Edición, 2017.

- Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. User's Guides to the Medical Literature: XI. A method for grading health care recommendations. *JAMA* 1995; 274:1800-4.
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Maternal Hydration for increasing amniotic fluid volume in oligohydramnios and normal amniotic fluid volume. 2002 The Cochrane Library, Issue 3, 2006.
- Hofmeyr GJ, Kuller R. Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour. The Cochrane Library, Issue 3, 2006.
- Hofmeyr GJ. Amniotomía por compresión del cordón umbilical en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for fetal distress. Cochrane Database Systematic Review 2000;(2): Cochrane Database Syst Rev.2003;(4):
- Kuller R, Hofmeyr GJ. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2006.
- Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software. 12.
- Penning S, Garite TJ. Management of fetal distress. *Obstet gynecol Clin North Am*. 1999 Jun;26(2):259-74. PMID 10399760 PubMed.
- Tan KH, Sabapathy A. Administración de glucosa materna para facilitar las pruebas de bienestar fetal. La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- The New England Journal of Medicine Medical Termination of Pregnancy.- Sophie Christin-Maitre, M.D., Philippe Bouchard, M.D., and Irving M. Spitz, M.D., D.Sc. Volume 342:946-956 March 30, 2000 Number 13

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ABORTO

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE DIABETES Y EMBARAZO

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care* Volume 41, Supplement 1, January 2018.
- McCance D, Maresh M, Sacks D. A Practical Manual of Diabetes in Pregnancy - 2nd Ed 2018 - Wiley Blackwell.
- Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 4ª Edición. L. Cabero y M.A. Sánchez. Editorial Ergon. Barcelona, 2014.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE EMBARAZO PROLONGADO

- Afolabi BB, Oyenyin OL, Ogedengbe OK. Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for cervical ripening and induction of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Jun;89(3):263-7. Epub 2005 Apr 2.
- Alfirevic Z, Weeks A. Misoprostol oral para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Cabezas E. Salud reproductiva; aborto provocado. En Rodríguez Armas O. SantisoGálvez R. Calventi V. Ginecología Fertilidad Salud Reproductiva (Flasog) Caracas:Ateproca 2002(1):691-724.8.
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Illa M, Bogunyà JM, Figueras F, Gómez MD. PROTOCOLO: Manejo de la gestación > 41 semanas. Protocolos en Medicina Materno-Fetal - Hospital Clínic - Hospital Sant Joan de Deu. 2015.
- Jodie M Dodd, Caroline A Crowther and Jeffrey S Robinson Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. *BMJ* 2006;332:509-513; originally published online 2 Feb 2006.
- Jodie M Dodd, Caroline A Crowther, Jeffrey S Robinson. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. *BMJ* VOLUME 332 4 Marzo 2006. www.bmj.com
- Josie L. Tenore, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois. Methods For Cervical Ripening And Induction Of Labor. 2003 / Volume 67, Number 10. American Family Physician
- Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD002855
- Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. JOSIE L. TENORE, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois *Am Fam Physician* 2003;67:2123-8. Copyright© 2003 American Academy of Family Physicians.
- Monique G. Lin, et al. Misoprostol for Labor Induction in Women With Term Premature Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106:593-601 © 2005 by The American College of Obstetricians and Gynecologists
- Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam Salud Reproductiva (Flasog)* Caracas:Ateproca 2002; (1):691-724.8. Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first- trimester abortion. *Am Fam*
- Papanikolaou E, Plachouras N, et al. Comparison of Misoprostol and Dinoprostone for elective induction of labour in nulliparous women at full term: A randomized prospective study *Reproductive Biology and Endocrinology* 12 July 2004, 2:70doi:10.1186/1477-7827-2-70
- Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. MONA LYDON- ROCHELLE, PH.D., VICTORIA L. HOLT, PH.D., THOMAS R. EASTERLING, M.D., AND DIANE P. MARTIN, PH.D. *N Engl J Med*, Vol. 345, No. 1 July 5, 2001
- SEGO - Protocolos 2010 - Embarazo Prolongado.
- The New England Journal of Medicine, Alisa B. Goldberg, M.D., Mara B. Greenberg, B.S., and Philip D. Darney, M.D. Misoprostol and Pregnancy, *Volume* 344:38-47 January 4, 2001 Number 1
- The New England Journal of Medicine, Alisa B. Goldberg, M.D., Mara B. Greenberg, B.S., and Philip D. Darney, M.D. Misoprostol and Pregnancy, *Volume* 344:38-47 January 4, 2001 Number 1

- Abernathy, Mariana. Planificación de un suministro sostenible del instrumental de aspiración manual endouterina: Una guía para administradores de programas. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2005.
- Aimee D. Eyvazzadeh, MDa, Deborah Levine, MDb,* Imaging of Pelvic Pain in the First Trimester of Pregnancy *Ultrasound Clin* 1 (2006) 257-271.
- Cabezas E. Salud reproductiva; aborto provocado. En Rodríguez Armas O. SantisoGálvez R. Calventi V. Ginecología Fertilidad Salud Reproductiva (Flasog) Caracas:Ateproca 2002 (1):691-724.8.
- Carrera, JM. Mallafre, J. Serra, B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4ta. edición. 2006
- Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertil Steril* 1999 Jun;71(6):1054-9.
- Forna F, Gülmezoglu AM. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto incompleto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007.
- Harris LH, Dalton VK, Johnson TRB. Surgical management of early pregnancy failure: history, politics, and safe, cost-effective care. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:445.e1-445.e5.
- Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD002855
- May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam Salud Reproductiva (Flasog)* Caracas:Ateproca 2002; (1):691-724.8. Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first- trimestre abortion. *Am Fam*
- Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:575.e1-575.e6.
- Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Steinauer J, Landy U, Filippone H, et al. Predictors of abortion provision among practicing obstetrician- gynecologists: A national survey. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:39.e1-39.e6.
- BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE EMBARAZO ECTÓPICO
- Bakken, Inger J Chlamydia trachomatis and ectopic pregnancy: recent epidemiological findings. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 21(1):77-82, February 2008.
- Barnhart KT, Esposito M, Coutifaris C. An update on the medical management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:653-667.
- Barnhart KT, Esposito M, Coutifaris C. An update on the medical management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:653-667.
- Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical Management of Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis Comparing Single Dose and Multidose Regimens. *Obstet Gynecol* 2003;101:778-84.
- Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical Management of Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis Comparing Single Dose and Multidose Regimens. *Obstet Gynecol* 2003;101:778-84.
- Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril* 2006;86(1):36-43.
- Condous G. Ectopic pregnancy risk factors and diagnosis. *Aust Fam Physician* 2006; 35(11):854-7.
- Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
- Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
- Kirk, Emma; Bourne, Tom The nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. 18(6):587-593, December 2006.
- Prevention of Rh Alloimmunization. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 133, Sept 2003. *JOGC* Vol 25, No 9.
- Rakel & Bope: *Conn's Current Therapy* 2008, 60th ed. Chapter 253 - Ectopic Pregnancy
- Seeber, Beata E. MD 1; Barnhart, Kurt T. MD, MSCE 1,2 Suspected Ectopic Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 107(2, Part 1):399-413, February 2006.
- Simpson JL. Perdida fetal En: Gabbe, Niebyl & Simpson *Obstetricia*, 1 ed., - MARBAN LIBROS, Madrid 2004.
- WALKER, JAMES JOHNSTON MD, FRCPS (Glas), FRCP (Edin), FRCOG Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 50(1):89-99, March 2007.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE MOLA HIDATIFORME

- Benson CB, Genest DR, Bernstein MR, Soto-Wright V, Goldstein DP, Berkowitz RS. Sonographic appearance of first trimester complete hydatidiform moles. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:188-191.

- FIGO Oncology Committee Report. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:285-287.
- Genest, David R. M.D. Partial Hydatidiform Mole: Clinicopathological Features, Differential Diagnosis, Ploidy and Molecular Studies, and Gold Standards for Diagnosis. *International Journal of Gynecological Pathology*. 20(4):315-322, October 2001.
- Hassadia A, Gillespie A, Tidy J, Everard R G N J, Wells M, Coleman R, Hancock B. Placental site trophoblastic tumour: clinical features and management. *Gynecol Oncol* 2005; 99: 603-07.
- Johns J, Greenwold N, Buckley S, Jauniaux E. A prospective study of ultrasound screening for molar pregnancies in missed miscarriages. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:493-497.
- Lurain JR, Singh DK, Schink JC. Primary treatment of metastatic high-risk gestational trophoblastic neoplasia with EMA-CO chemotherapy. *J Reprod Med* 2006; 51: 767-72. Wang S, An R, Han X, Zhu K, Xue Y. Combination chemotherapy with 5-fluorouracil, methotrexate and etoposide for patients with high-risk gestational trophoblastic tumors: a report based on our 11-year clinical experiences. *Gynecol Oncol* 2006; 103: 1105-08.
- Osborne R, Gerulath A. What is the best regimen for low-risk gestational trophoblastic neoplasia? a review. *J Reprod Med* 2004;49:602-616.
- Pezeshki M, Hancock BW, Silcocks P, et al. The role of repeat uterine evacuation in the management of persistent gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2004;95:423-429.
- Sebire NJ. The diagnosis of gestational trophoblastic disease in early pregnancy: implications for screening, counseling and management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:421-424.
- Soper JT, Mutch DG, Schink JC; American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53. *Gynecol Oncol* 2004;93: 575-585.
- Soper JT. Role of surgery and radiation therapy in the management of gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17:943-957.
- Tidy JA, Gillespie AM, Bright N, Radstone CR, Coleman RE, Hancock BW. Gestational trophoblastic disease: a study of mode of evacuation and subsequent need for treatment with chemotherapy. *Gynecol Oncol* 2000;78 (3 pt 1):309-312.
- Xue Y, Zhang J, Wu TX, An RF. Quimioterapia de combinación para el tumor trofoblástico gestacional de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Carroli G, Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD001337.
- Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, et al. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:155.e1-155.e6.
- Chelmow D. Postpartum Haemorrhage: Prevention. *BMJ Clin Evid* 2007;02:1-19.
- Chong YS, Chua S, Shen L, Arulkumar S. Does the route of administration of misoprostol make a difference? The uterotonic effect and side effects of misoprostol given by different routes after vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;113:191-8.
- Chonga Y, Sua L, Arulkumar S. Current Strategies for the Prevention of Postpartum Haemorrhage in the Third Stage of Labour. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 16:143-150.
- Clemons JL, Towers GD, McClure GB, O'Boyle AL. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1620-5.
- Díaz I, Verdecia E, Colas G. Influencia de las Técnicas de Alumbramiento Activo y Expectante Sobre la Hemorragia Posparto. *MEDISAN* 2005;9:1-6.
- Doumouchsis S, Papageorgiou A, Arulkumar S. Systematic Review of Conservative Management of Postpartum Hemorrhage: What To Do When Medical Treatment Fails. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2007; 62:540-547.
- El-Refaey H, Rodeck C. Post-Partum Haemorrhage: Definitions, Medical and Surgical Management a Time for Change. *British Medical Bulletin* 2003; 67:205-217.
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD001808.
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso Profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3.
- Fenton J, Baumeister L, Fogarty J. Active Management of the Third Stage of Labor among American Indian Women. *Fam Med* 2005; 37:410-414.
- Festini M, Lumbiganon P, Tolasa J, et al. International Survey on Variations in Practice of the Management of the Third Stage of Labour. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:286-291.
- Fullerton J, Frick K, Fogarty L, et al. Active Management of Third Stage of Labour Saves Facility Costs in Guatemala and Zambia. *J Health Popul Nutr* 2006; 24:540-551.
- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 2002.
- Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD000494.
- Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of Routine Episiotomy. *JAMA* 2005;293:2141-8.
- Higgins S. Obstetric Haemorrhage. *Obstetrics and Gynaecology Series. Emergency Medicine* 2003; 15:227-231.
- Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG* 2005;112:547-53.
- Kadir R, Kingman C, Chi C, et al. Is Primary Postpartum Haemorrhage a Good Predictor of Inherited Bleeding Disorders?. *Haemophilia* 2007; 13:178-181.
- Karen L. Maughan, M.D., Steven W. Heim, M.D., M.S.P.H., and Sim S. Galazka. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing The Third Stage Of Labor. *American Family Physician Vol 73, Numb 6 March 15, 2006*
- Karen M, Heim S, Galazka S. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing the Third Stage of Labor. *American Family Physician* 2006; 73:1025-1028.
- Magann E, Evans S, Chauhan S, et al. The Length of the Third Stage of Labor and the Risk of Postpartum Hemorrhage. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2005; 105:290-293.
- Major Obstetric Hemorrhage Frederic J. Mercier, MD, Ph.D., Elsevier *Anesthesiology Clin* 26 (2008) 53-66.
- Martínez V. Manejo Activo del Tercer Período del Parto y la Hemorragia Posparto En El Hospital Fernando Vélez Paiz En El Período De 1 Octubre A Diciembre del 2004. Monografía de la Universidad Autónoma de Nicaragua 2004; 2-108.
- McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low- resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:267-75.
- McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD000201.
- McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Administración profiláctica de sintometrina versus oxitocina para el alumbramiento. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005, Número 3.
- Mosby's Drug Consult 2005. St. Louis, Mo.: Mosby, 2005
- Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003249.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

- ABC of labour care: Obstetric emergencies Geoffrey Chamberlain and Philip Steer *BMJ* 1999;318:1342-1345.
- Abdominal pain during pregnancy M.S. Cappell, D. Friedel / *Gastroenterol Clin N Am* 32 (2003) 1-58
- Ayres AW, Johnson TR, Hayashi R. Characteristics of fetal heart rate tracings prior to uterine rupture. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74:235-40.
- Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Cochrane Review), King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbone B. 2005
- Common Problems And Emergencies In The Obstetric Patient , Ferentz & Nesbitt, *Prim Care Clin Office Pract* 33 (2006) 727-750.
- Dexeus - Protocolos de Obstetricia - 5ta Edición. Página 155. Desprendimiento Prematuro de la Placenta / Página 194. Placenta previa.
- Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 2004;329:19-25.
- Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:125-33.
- Hypertension in pregnancy: meta-analysis Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis Laura A Magee, Chris Cham, Elizabeth J Waterman, *BMJ* 2003
- Identifying Risk Factors for Uterine Rupture Jennifer G. Smith, MD, PhD*, *Clin Perinatol* 35 (2008) 85- 99 ELSEVIER.
- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345:3-8.
- Obstetric emergencies Chantal Crochetie`re, MD, FRCP(C), *Anesthesiology Clin N Am* 21 (2003) 111 - 125.
- Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2004;103:506-12.
- Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren, Benjamin K S Chan, and Mark Helf and *BMJ* 2004 329: 19
- Uterine rupture: Risk factors and pregnancy outcome. Keren Ofir, BMS,a Eyal Sheiner, MD,a Amalia Levy, PhD,b. (*Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1042).

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE HEMORRAGIA POST PARTO:

- Anderson J, Etches D, Smith D. Postpartum hemorrhage. In: Baxley E. *Advanced Life Support in Obstetrics course syllabus*. 4th ed. Leawood, Kan.: American Academy of Family Physicians, 2001.
- Anderson J, Etches D. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. *American Family Physician* 2007; 75:875-882.

- Nelson WL, O'Brien JM. The uterine sandwich for persistent uterine atony: combining the B-Lynch compression suture and an intrauterine Bakri balloon. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(5):e9-10.
- Prendiville W, Elbourne D, McDonald S. Conducta Activa Versus Conducta Expectante en el Alumbramiento. *Biblioteca Cochrane Plus* 2007; 3:1-19.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000.
- Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics JOGC* 2006; 967-973.
- Schuermans N, MacKinnon K, Lane C, Etches D. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *SOGC Clinical practice Guidelines* 2000;88: 1-11.
- Stephenson P. Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Una Práctica Simple para Prevenir una Hemorragia Post Parto 2005;1-2.
- Tribble M, Johnston M. Persistent Postpartum Bleeding. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 2000;13:183-186.
- Tsu V, Mai T, Nguyen Y, Luu H. Assessing the Effectiveness of Active Management of Third-Stage Labor. *J Obstet Gynaecol Res* 2006; 32:489-496.
- Vélez G, Gómez J, Zuleta J. Análisis de las Muertes Maternas por Hemorragia en el Departamento de Antioquia, Colombia. Años 2004 y 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2006; 57:147-155.
- Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. JOSIE L. TENORE, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois Am Fam Physician 2003;67:2123-8. Copyright© 2003 American Academy of Family Physicians.
- Monique G. Lin, et al. Misoprostol for Labor Induction in Women With Term Premature Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106:593-601 © 2005 by The American College of Obstetricians and Gynecologists
- Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial Jodie M Dodd, Caroline A Crowther and Jeffrey S Robinson *BMJ* 2006;332:509-513; originally published online 2 Feb 2006;
- Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. MONA LYDON- ROCHELLE, PH.D., VICTORIA L. HOLT, PH.D., THOMAS R. EASTERLING, M.D., AND DIANE P. MARTIN, PH.D. *N Engl J Med*, Vol. 345, No. 1, July 5, 2001
- Tan BP, Kelly AJ. Intravenous oxytocin alone for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;3.
- The New England Journal of Medicine, Alisa B. Goldberg, M.D., Mara B. Greenberg, B.S., and Philip D. Darney, M.D. Misoprostol and Pregnancy, *Volumen* 344:38-47 January 4, 2001 Number 1

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE FIEBRE E INFECCIÓN PUERPERAL

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE HEMORRAGIA Y SHOCK HIPOVOLÉMICO EN OBSTETRICIA

- American College of Emergency Physicians Clinical policy: Critical issues in the initial evaluation and management of patients presenting to the emergency department in early pregnancy *Annals of Emergency Medicine* - Volume 41, Issue 1 (January 2003).
- Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization. *Cochrane Review The Cochrane Library*, Issue i, 2002.
- Clinical policy: Critical issues in the initial evaluation and management of patients presenting to the emergency department in early pregnancy. *Annals of Emergency Medicine* - Volume 41, Issue 1 (January 2003) American College of Emergency Physicians.
- Crowther C, Keirse M, Anti D administration in pregnancy for preventing rhesus alo immunization. *Cochrane Database System Rev* 2000; (2): CD 000020.
- Crowther C, Keirse M, Anti D administration in pregnancy for preventing rhesus alo immunization. *Cochrane Database System Rev* 2000; (2): CD 000020.
- Fleischer, Manning, Jeanti y Romero. *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. 6ª Edición. 2002.
- Howard J.A. Carp, MB, BS, FRCOG* Thrombophilia and Recurrent Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol Clin N Am* 33 (2006) 429-442
- Kenneth J. Moise, Jr, Management of Rhesus Alloimmunization in Pregnancy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Published by Elsevier Science Inc. Vol. 100, nº 3, September 2002.
- United States emergency department visits for vaginal bleeding during early pregnancy, 1993-2003 Kathleen A. Wittels, MD; Andrea J. Pelletier, MPH, MS; David F. M. Brown, MD; Carlos A. Camargo Jr, MD, DrPH
- Yuval Meroz, MDa, Uriel Elchalal, MDb, Yehuda Ginosar, BSc, MBBSa,* Initial Trauma Management in Advanced Pregnancy. *Anesthesiology Clin* 25 (2007) 117-129

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

- Afolabi BB, Oyeneyin OL, Ogedengbe OK. Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for cervical ripening and induction of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Jun;89(3):263-7. Epub 2005 Apr 2.
- Alfirevic Z, Weeks A. Misoprostol oral para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Botha DJ, Howarth GR. Oxytocin and amniotomy for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2.
- Boulvain M., Stan C, Irion O. Membranes weeping for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2.
- Evangelos G Papanikolaou, Nikos Plachouras, Aikaterini Drougia, Styliani Andronikou, Christina Vlachou, Theodoros Stefanos, Evangelos Paraskevaids and Konstantinos Zikopoulos! Comparison of Misoprostol and Dinoprostone for elective induction of labour in nulliparous women at full term: A randomized prospective study *Reproductive Biology and Endocrinology* 12 July 2004, 2:70 doi:10.1186/1477-7827-2-70
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy (cocharne review). In: *Cochrane Library*, Issue 3, 2000.
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Jodie M Dodd, Caroline A Crowther, Jeffrey S Robinson. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. *BMJ VOLUME* 332 4 Marzo 2006. www.bmj.com
- JOSIE L. TENORE, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. MAY 15, 2003 / VOLUME 67, NUMBER 10. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN
- Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. JOSIE L. TENORE, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois Am Fam Physician 2003;67:2123-8. Copyright© 2003 American Academy of Family Physicians.
- Monique G. Lin, et al. Misoprostol for Labor Induction in Women With Term Premature Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106:593-601 © 2005 by The American College of Obstetricians and Gynecologists
- Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial Jodie M Dodd, Caroline A Crowther and Jeffrey S Robinson *BMJ* 2006;332:509-513; originally published online 2 Feb 2006;
- Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. MONA LYDON- ROCHELLE, PH.D., VICTORIA L. HOLT, PH.D., THOMAS R. EASTERLING, M.D., AND DIANE P. MARTIN, PH.D. *N Engl J Med*, Vol. 345, No. 1, July 5, 2001
- Tan BP, Kelly AJ. Intravenous oxytocin alone for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;3.
- The New England Journal of Medicine, Alisa B. Goldberg, M.D., Mara B. Greenberg, B.S., and Philip D. Darney, M.D. Misoprostol and Pregnancy, *Volumen* 344:38-47 January 4, 2001 Number 1
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2001 Jan. 9 p. (ACOG practice bulletin; no. 23).
- Andrews, W. Endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis after spontaneous or indicated preterm versus term delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 193, 739-45
- Brumfield, C. Hauth, J. and Andrews, W. Puerperal infection after cesarean delivery: Evaluation of a standardized protocol. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1147-51
- Dieter Ulitzsch, MD, Margareta K. G. Nyman, MD Richard A. Carlson, MD2, Breast Abscess in Lactating Women: US-guided Treatment Volume 232 _ Number 3, Radiology 2004; 232:904-909
- Enkin MW, Wilkinson C: Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at cesarean. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, 4:CD000192.
- Foxman, B D'Arcy, H; Gillespie, B; Bobo, J, Kay and Schwartz, K. Lactation Mastitis: Occurrence and Medical Management among 946 Breastfeeding Women in the United States. *American Journal of Epidemiology*, Volume 155, Number 2, January 15, 2002. Pag.: 103-104
- French LM, Small FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4.
- French LM, Small FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. En: *La Cochrane Library plus en español*, número 3, 2004. Oxford, Update Software Ltd.
- FRENCH, L., Prevention and treatment of postpartum endometritis. Current women's health reports. 2003; 3; (274-279).
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of Routine Episiotomy. *JAMA* 2005;293:2141-8
- Hussein, J. Fortney, J.A.. Puerperal sepsis and maternal mortality: What role can new technologies play? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 85 Suppl. 1 (2004) S52-S61
- Jeffrey C Livingston; Eloisa Llata; Eliza Rinehart; Colleen Leidwanger; Bill Mabie; Bassam Haddad; Baha Sibai Gentamicin And Clindamycin Therapy In Postpartum Endometritis: The Efficacy Of Daily Dosing Versus Dosing Every 8 Hours. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Jan;188(1):149-52
- Karin Witt, MD Normal and Abnormal Puerperium, American College of Obstetricians and Gynecologists, Section 5 of 9, Article Last Updated: Jun 26, 2006
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 1,2002.Oxford:Update software.
- Ledger, W. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: A review. *J Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 29, No. 6: 364-373, December 2003
- Magann EF, Chauhan SP, Martin JN Jr, et al.: Does uterine wiping influence the rate of post-cesarean endometritis? *J Matern Fetal Med* 2001, 10:318-322.
- OTAIZA O`RYAN Fernando, Endometritis puerperal. Protocolo de Atención en Hospitales 2do y 3er Nivel Obstetricia y Ginecología. SANTO DOMINGO - REPUBLICA DOMINICANA, Primera Edición 2004.
- Puerperal Infection after Cesarean Delivery: Evaluation of a Standardized Protocol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 182:1147-1151 Ref.: 25, 2000.
- Scott Moses, POSTPARTUM ENDOMETRITIS. En: *Family Practice Notebook, LLC*, 2008.
- Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 2,2002.
- T. Liabsuetrakul et al. Current status of prophylactic use of antimicrobial agents for cesarean section in Thailand *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 28, No. 5: 262-268, October 2002
- Tran, S. Caughey, A. and Musci, T. Meconium-stained amniotic fluid is associated with puerperal infections. *Am J Obstet Gynecol* September 2003
- Villar, J. et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. Vol 367 June 3, 2006.

- WHO. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: causes and management. Geneva: WHO/FCH/CAH/00, 2000.
- Wilkinson C, Enkin MW: Manual removal of placenta at cesarean section. *Cochrane Rev* 2002, 4
- William J. Ledger. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: A review. En: *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 29, No. 6: 364-373, December 2003
- Williams KL, Pastorek JG. Endometritis puerperal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 182(5):1147-1151. 2000.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE INFECCIONES TORCH DURANTE LA GESTACIÓN

- Cortés JA, Gómez JE, Silva P, Arévalo L, Arévalo Rodríguez I, Alvarez M, Beltrán S, Corrales I, Muller E, Ruiz G, Gómez P. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección toxoplasmosis en el embarazo. *Infectio.* 2012;16(4):230-246.
- Guía para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay 2018.
- Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay. Septiembre, 2015.
- Normas para el tratamiento de la sífilis en la embarazada, su pareja, y los niños/as con sífilis congénita. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2009.
- Serra B, Mallafre J. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus - 5ta Edición. Elsevier España - Barcelona 2014.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO:

- Butler EL, Cox SM, Eberts E, et al. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 753.
- Christensen F. Which antibiotics are appropriate for treating bacteriuria in pregnancy? *J Antimicrob Chemother* 2000;46(Suppl1):29-34.
- Cistitis no complicada en la mujer Guía multidisciplinar Asociación Española de Urología 2006
- Contreras S, Corrales J, Ubertaini E, Tenke P. Urinary tract infection in specific populations and controversies. *European Medical Journal.* 2014; 1(Suppl2): 29-40.
- Delzell J, Lefevre M. Urinary tract infections during pregnancy. *Am Fam Physician* 2000;61:713-21.
- Gilstrap LC, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet-Gynecol Clin North Am* 2001;28(3):581-591.
- Kacmaz B, Cakir O, Aksoy A, Biri A. Evaluation of rapid Urine Screening Test to detect Asymptomatic bacteriuria in Pregnancy. *Jpn J Infect Dis* 2006;59:261-263.
- Le J, Briggs GG, McKeown A, Bustillo G. Urinary Tract Infections During Pregnancy. *Ann Pharmacother* 2004;38:1692-701.
- McIsaac W, Carroll JC, Bringer A, Berstein P, Lyons E, Low DE, Permaul JA. Screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *J Obstet Gynecol Can* 2005;27(1):20-24.
- Mittal P, Wing D. Urinary Tract Infections in Pregnancy. *Clin Perinatol* 2005;32:749-764.
- Nahum GG, Uhl K, Kennedy DL. Antibiotic Use in Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol* 2006;107:1120-38.
- Nicolle LE. Urinary tract infection: traditional pharmacologic therapies. *Am J Med* 2002;113(1A):355-445.
- Santos JF, Ribeiro RM, Rossi P, Haddad JM, Guidi HG, Pacetta AM, Pinotti JA. Symposium: Urinary Tract Infections in Pregnant Women. *Int Urogynecol J* 2002;13:204-209.
- SEGO. Información Terapéutica: Infección urinaria y embarazo, Sistema Nacional de Salud. Vol 29-Nº 2-2005
- SEGO. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia: Medicina Materno Fetal: Infección Urinaria y Gestación. 2001.
- Smaill F, Vazquez JC. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Smaill F. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Teppa RJ, Roberts JM. The Uriscreeen Test to Detect Significant Asymptomatic Bacteriuria During Pregnancy. *J Soc Gynecol Invest* 2005;12:50-53.
- Vazquez J, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Oxford: Update Software.
- Villar J, Widmer M, Lydon - Rochelle MT, Gulmezoglu AM, Roganti A. Duración del tratamiento para la bacteriuria asintomática durante el embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE MASTITIS PUERPERAL

- Mastitis. Causas y manejo. Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Vayas Abascal R, Carrera Romero L. Actualización en el manejo de las mastitis infecciosas durante la lactancia materna. *Fam vol. 5.* Nº 1. Albacete. Feb 2012.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE MUERTE FETAL

- Cabero R. Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Tomo 1: Editorial Panamericana, Madrid España, 2003
- DeCherney, A, Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos, Editorial Manual Moderno, México 8ª Edición, 2003.
- FLASOG - Manual de uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología - 3ra Edición - 2013. Capítulo 5: Páginas 60 - 64.
- Franchi, F, Biguzzi, Cetin, et al. Mutations in the eritrobomodulin and endothelial protein C receptor genes in women with late fetal loss. *Brit J Haematology* 2001;114:641-6.
- Froen, J, Arnestad M, Frey K, et al. Risks factors for sudden intrauterine unexplained death: Epidemiologic characteristic of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;1:3-10.
- Gabbe, S. Niebyl, J. Simpson J. Obstetricia, Editorial Marban, Madrid-España, 2006.
- Geis, W. Brancht W. Implicaciones obstétricas de los anticuerpos antifosfolipídicos: pérdida gestacional y otras complicaciones. *Clin Obstet Ginecol.* 2001;1:3-10
- Gharavi, AE, Pierangeli S. Levy R. et al. Mecanismos de pérdida gestacional en el síndrome antifosfolipídico. *Clin Obstet Ginecol.* 2001;1:11-8
- Gómez Ponce de León, R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine death. *Int Journal of Gyn & Obstet.* FIGO. Vol 99 Suplem 2. dec 2007.
- Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay. 2007.
- Hernández García JM, Puente JM, Alvarez CC et al. Análisis de la evolución de los índices de mortalidad perinatal en el Hospital Universitario. *Actual Obstet Ginecol.* 2000;12:331-49.
- Integrated Management of Pregnancy And Childbirth. IMPAC. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. Manual IMPAC, OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial. 2002
- Jijón L, A. Sacoto A, M. Córdova U, A. Alto Riesgo Obstétrico. Ecuafesoft. Quito - Ecuador. 2006.
- Schwarcz, R; Fescina, R And Duverges, C. -Obstetricia, Sexta Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires - Argentina, 2005.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE OLIGOAMNIOS:

- Panda S, Jayalakshmi M, Shashi Kumari G, Mahalakshmi G, Srujan Y, Anusha V. Oligoamnios and Perinatal Outcome. *J Obstet Gynaecol India.* 2017 Apr;67(2):104-108.
- Rezaie Kahkhaie K, Keikha F, Rezaie Keikhaie K, Abdollahimohammad A, Salehin S. Perinatal outcome after diagnosis of oligohydramnios at term. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 May;16(5):e11772.
- Rossi ACI, Prefumo F. Perinatal outcomes of isolated oligohydramnios at term and post-term pregnancy: a systematic review of literature with meta-analysis. *Send to Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Jul;169(2):149-54.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE PATOLOGÍA TIROIDEA Y EMBARAZO

- 2016 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum (doi: 10.1089/thy.2016.0457).
- Alexander E, Pearce E, Brent G, Brown R, Chen H, Dosiou C, Grobman W, Laurberg P, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *THYROID.* Volume 27, Number 3, 2017.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE PARTO DISTÓCICO

- Alderson P, Green S, Higgins JPT, editors. *Cochrane Reviewers' Handbook* 4.2.2 [Updated March 2004]. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Baxley EG, Gobbo RW. Shoulder dystocia. *American Family Physician* 2004;69(7):1707-4.
- Beall M, Spong C, Ito K, Ross M. Does prophylactic use of mcreoberts maneuver and supra pubic pressure hasten shoulder delivery in the macrosomic fetus [abstract]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;187:S169.
- Cochrane Library, Issue 1, 2002. Clements RV. Shoulder dystocia. In: Clements RV, editor. *Risk Management and Litigation in Obstetrics and Gynaecology.* London: RSM Press in association with RCOG Press; 2001. p. 224-35.
- Evans-Jones G, Kay SP, Weindling AM, Cranny G, Ward A, Bradshaw A, Hernon C. Congenital brachial plexus injury: incidence, causes and outcome in the UK and Republic of Ireland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:F185-9.
- González X, Abouassi O, Vargas A, Barrios F, Salazar G: Impacto del parto-grama en la atención del trabajo de parto, *Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo,* 2003. vol 7, n2.
- Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term (Cochrane Review). In: *The*
- Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002.
- Mocanu EV, Greene RA, Byrne BM, Turner MJ. Obstetric and neonatal outcomes of babies weighing more than 4.5 kg: an analysis by parity. *Eur J*

- Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;92:229-33.
- Mocanu EV, Greene RA, Byrne BM, Turner MJ. Obstetric and neonatal outcome of babies weighing more than 4.5 kg: analysis by parity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;92:229-33.
 - Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002.
 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Searching for Evidence. Clinical Governance Advice No. 3*. London: RCOG; 2001.
 - Sandmire HF, DeMott RK. Erb's palsy without shoulder dystocia. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;78:253-6.
 - Sandmire HF, DeMott RK. Erb's palsy causation: a historical perspective. *Birth* 2003;29:52-4.
 - Shields S, Ratcliffe S, Fontaine P, Leeman L. Dystocia In Nulliparous Women. *Am Fam Physician* 2007;75:1671-8.
 - Sokol RJ, Blackwell SC, for the American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG practice bulletin no. 40: shoulder dystocia. November 2002 (replaces practice pattern no. 7, October 1997). *Int J Gynaecol Obstet* 2003;80:87-92.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ATENCIÓN DEL PARTO EN PELVIANA

- ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion N° 340. Mode of term singleton breech delivery. *ObstetGynecol* 2006; 108:235-7.
- Asistencia al parto extrahospitalario. Dr. Víctor Gómez Martínez. Octubre 2005. Rev. Bibliográfica
- Breech Presentation. Article Last Updated: Jul 10, 2006. Rev. e-medicine. Richard Fischer, MD, Co- Division Head, Maternal-Fetal Medicine, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Section of Maternal-Fetal Medicine, Cooper University Hospital
- Cesárea electiva versus parto vaginal en presentación podálica al término: un estudio multicéntrico aleatorizado. Mary E Hannah, Walter J Hannah, Sheila Hewson A, Ellen Hodnett de d, Saroj Saigal, Andrew Willan R. *Lancet* 2000; 356:1375-83
- Etcheverry M, Schwarcz R, Lomuto C. Parto por cesárea versus parto vaginal en presentación pelviana con feto única al término. *Actas VII Congreso Argentino de Perinatología*; 2001; Buenos Aires.
- Ghosh MK. Breech presentation: evolution of management. *J Reprod Med* 2005;50:108-16
- Guía de Procedimientos en Obstetricia. Colegio De Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito. 2000. Pag 81-86
- Hannah ME, Hannah WJ, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A et al. Outcomes at 3 months after planned caesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. *JAMA* 2002;287(14):1822-31.
- Hofmeyr GF, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2001.
- Maja Vranjes, Dubravko Habek Perinatal Outcome in Breech Presentation Depending on the Mode of Vaginal Delivery *Fetal Diagn Ther* 2008;23:54-59.
- Manejo de complicaciones de embarazo y parto. Guías para médicos y obstetras. OMS, 2000
- The management of breech presentation. Royal College of obstetricians and gynaecologist. Guideline No. 20b. December 2006
- Versión cefálica externa para la presentación podálica a término (Revisión Cochrane) La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- Versión cefálica externa: ¿una técnica segura? Revisión sistemática de los riesgos relacionados con la versión. Collares RJ1 y GuidOei S 1,2 *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 511-518.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE PVPC

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Evaluation of Cesarean Delivery. ACOG: Washington DC. 2000.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin #54. ACOG, Washington DC. July 2004.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin #54. ACOG, Washington DC. July 2004.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Evaluation of Cesarean Delivery. ACOG: Washington DC. 2000.
- Campos Flores, J.; Álvarez, J.; García, P.; Rojas, M.; Nemer, C.; Estiú, M.C.
- Cano Carrillo R, Covarrubias MA, Soriano A. Guía de Práctica Clínica: Parto después de una cesárea. Evidencias y Recomendaciones. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC. México: Secretaría de Salud, 2013.
- Chauhan SP, Martin JN Jr, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142, 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:408-17.
- Chauhan SP, Martin JN Jr, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142, 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:408-17.
- García-Benítez C, López-Rioja M, Monzalbo-Núñez D. Parto después de cesárea ¿una opción segura? *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:69-87.

- Guise JM, Berlin M. Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004 Mar;103(3):420-9
- Guise JM, Berlin M. Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004 Mar;103(3):420-9
- Horey D, Weaver J, Russell H. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea. *Librería Cochrane plus*, número 4, 2007.
- Horey D, Weaver J, Russell H. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea. *Librería Cochrane plus*, número 4, 2007.
- Labor after previous cesarean: influence of prior indication and parity. *ObstetGynecol* June 2000; 95:913-6.
- Labor after previous cesarean: influence of prior indication and parity. *Obstet Gynecol* June 2000; 95:913-6.
- Matthew J. Neff. Practice Guidelines ACOG Releases Guidelines for Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *American family Physician*, October 1, 2004.
- Matthew J. Neff. Practice Guidelines ACOG Releases Guidelines for Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *American family Physician*, October 1, 2004.
- Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Current Status. *JAMA*, May 2002; 287: 2627 - 2630.
- Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Current Status. *JAMA*, May 2002; 287: 2627 - 2630.
- núm. 1, 2007, pp. 15-20. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina.
- Parto vaginal después de una cesárea. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 26, Protocolos de Medicina Fetal y Perinatal. PROTOCOLO: CESÁREA. Servicio de Medicina Materno-fetal. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona.
- Ricci P., Perucca E., Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2003; 68(6): 523-528.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline N° 45. Octubre 2015.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Protocolo actualizado en junio de 2010.
- Stricter VBAC Guideline Does Not Affect Mortality. *American family Physician*, October 6, 2006.
- Stricter VBAC Guideline Does Not Affect Mortality. *American family Physician*, October 6, 2006.
- Trial of labor after Cesarean Section (TOLAC) *Annals of Family Medicine*. July 27, 2005.
- Trial of labor after Cesarean Section (TOLAC) *Annals of Family Medicine*. July 27, 2005.
- Trial of Labor After Cesarean. *American family Physician*, January 1, 2003.
- Trial of Labor After Cesarean. *American family Physician*, January 1, 2003.
- Trueba G, Contreras Carlos. Alternative Strategy to Decrease Cesarean Section: Support by Doula During Labor. *J Perinat Educ*. 2000 Spring;9(2):8-13.
- Vaginal Birth after Cesarean Revisited, *New England Journal of Medicine* 351;25 December 16, 2004.
- Vaginal Birth after Cesarean Revisited, *New England Journal of Medicine* 351;25 December 16, 2004.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE POLIHIDRAMNIOS

- Kehl S, Schelkle A, Thomas A, Puhl A, Meqdad K, Tuschy B, Berlit S, Weiss C, Bayer C, Heimrich J, Dammer U, Raabe E, Winkler M, Faschingbauer F, Beckmann MW, Sütterlin M. Single deepest vertical pocket or amniotic fluid index as evaluation test for predicting adverse pregnancy outcome (SAFE trial): a multicenter, open-label, randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Jun;47(6):674-9.
- Kollmann M, Voetsch J, Koidl C, Schest E, Haeusler M, Lang U, Klaritsch P. Etiology and perinatal outcome of polyhydramnios. *Ultraschall Med*. 2014 Aug;35(4):350-6.
- Moise KJ Jr. Toward consistent terminology: assessment and reporting of amniotic fluid volume. *Semin Perinatol*. 2013 Oct;37(5):370-4. Nabhan AF, Abdelmoula YA. Amniotic fluid index versus single deepest vertical pocket as a screening test for preventing adverse pregnancy outcome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jul 16;(3):CD006593
- PROTOCOLO: POLIHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA. Área de Medicina Fetal, Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE PROLAPSO Y PROCÚBITO DE CORDÓN UMBILICAL

- Cavero Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, tomo 1, Editorial Panamericana, España, junio-2003.
- Decherney, Alan, Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos, Editorial Manual Moderno, 8ª edición, 2003.
- Gabbe, Obstetricia, tomo 1, Editorial Marban, 4ª edición en inglés (1ª en español), España-Madrid, 2004.
- Johns Hopkins, Ginecología y Obstetricia, tomo 1, Editorial Marban 2ª edición, España - Madrid 2005.
- Schwarcz Ricardo, Obstetricia, 5ª edición Buenos Aires, Editorial El Ateneo
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Cesárea, En: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción - 2 Vols. 1ª ed. Junio 2002 (CD ROM).

- Williams, Obstetricia, Editorial Panamericana, 21ª edición, España, 2003.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

- Ahmet Alexander Baschat. Fetal growth restriction – from observation to intervention. *J. Perinat. Med.* 38 (2010) 239–246. DOI 10.1515/JPM.2010.041.
- Albu AR, Horhoianu IA, Dumitrascu MC, Horhoianu V. Growth assessment in diagnosis of Fetal Growth Restriction. *Review. Journal of Medicine and Life Vol. 7, Issue 2, April-June 2014, pp.150-154.* Received: June 20th, 2013 – Accepted: November 18th, 2013.
- Alfrevic Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6.* Art. No.: CD007529. DOI: 10.1002/14651858.CD007529.pub4.
- Andrea Lausman, Fergus P. McCarthy, Melissa Walker, John Kingdom. Screening, Diagnosis, and Management of Intrauterine Growth Restriction. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(1):17–28.
- Andrea Lausman, John Kingdom. Clinical practice guideline. Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. No. 295, August 2013. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(8):741–748.
- C. LEES, N. MARLOW, B. ARABIN, C. M. BILARDO, C. BREZINKA, J. B. DERKS, J. DUVEKOT, et al. Perinatal morbidity and mortality in early-onset fetal growth restriction: cohort outcomes of the trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe (TRUFFLE). *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 400–408. DOI: 10.1002/uo.13190.
- C. Vayssie' re, L. Sentilhes, A. Ego, C. Bernard, D. Cambourieu, C. Flamant, G. Gascoin, et al. Fetal growth restriction and intra-uterine growth restriction: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* Received 4 October 2014. Received in revised form 22 April 2015. Accepted 25 June 2015.
- CLINICAL PRACTICE GUIDELINE - FETAL GROWTH RESTRICTION - RECOGNITION, DIAGNOSIS & MANAGEMENT. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive. Guideline No: 28. Revision date: March 2017.
- F Figueras, L Gómez, E Eixarch, C Paules E Mazarico, M Pérez, E Gratacós. Protocolo: Defectos del crecimiento fetal. Hospital Clinic - Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Última actualización: 20/06/2017.
- Figueras F, Gratacos E. The integrated approach to fetal growth restriction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* (2016), doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.10.006.
- Francesc Figueras, MD; Eduard Gratacos, MD. STAGE-BASED APPROACH TO THE MANAGEMENT OF FETAL GROWTH RESTRICTION. Barcelona Center of Maternal-Fetal Medicine and Neonatology (Hospital Clinic and Hospital Sant Joan de Deu), IDIBAPS, University of Barcelona, and Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER). Barcelona, Spain. doi: 10.1002/pd.4412.
- Green-top Guideline No. 31. 2nd Edition. The Investigation and Management of the Small-for-Gestational-Age Fetus. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. | February 2013 | Minor revisions – January 2014.
- Joshua A. Copel, and Mert Ozan Bahtiyar. Clinical Expert Series. A Practical Approach to Fetal Growth Restriction. *Obstet Gynecol* 2014;123:1057–69. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000232.
- PRACTICE BULLETIN: Fetal Growth Restriction. CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS. The American College of Obstetricians and Gynecologists. NUMBER 134, MAY 2013 / VOL. 121, NO. 5, MAY 2013.
- S.J. Gordijn, I.M. Beune, B. Thilaganathan, A. Papageorghiou, A.A. Baschat, P.N. Baker. Consensus definition for placental fetal growth restriction: a Delphi procedure. doi: 10.1002/uo.15884.
- Stefan Savchev, Francesc Figueras, Magda Sanz-Cortes, Monica Cruz-Lemini, Stefania Triunfo, Francesc Botet, Eduard Gratacos. Evaluation of an Optimal Gestational Age Cut-Off for the Definition of Early- and Late-Onset Fetal Growth Restriction. *Fetal Diagnosis and Therapy.* *Fetal Diagn Ther* 2014;36:99–105. DOI: 10.1159/000355525.
- Viola Seravalli, Ahmet A. Baschat. A Uniform Management Approach to Optimize Outcome in Fetal Growth Restriction. *Obstet Gynecol Clin N Am* 42 (2015) 275–288. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.005>.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

- ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Prelabor Rupture of Membranes. Number 188, January 2018.
- Cobo T, Ferrero S, Migliorelli F, Rodríguez A, Lorente N, Núria Baños, Palacio M. Protocolo: Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Clinic / Hospital Sant Joan de Déu / Universitat de Barcelona. 2016.
- Flenady V, King J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes del parto a término o cerca del término (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane plus, 2006 número 3. Oxford: Update Software Ltd.
- Furman, B. Shoham-Vardi, I. Et al. Clinical significance and outcome of preterm prelabor rupture of membranes: population-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 92 (2000) 209–216.

- Geun A Song, Myoung Seok Han. Effect of Antenatal Corticosteroid and Antibiotics in Pregnancies Complicated by Premature Rupture of Membranes between 24 and 28 weeks of Gestation. *J Korean Med Sci* 2005; 20: 88–92
- Goo BS, Chung JY, Kim JS, Kim SR, Lee SS, Won HS, Suh DS, Lee PR, Kim A. Benefits of antenatal corticosteroid in infants delivered before 33 weeks of gestation after premature rupture of membranes. *Korean J Obstet Gynecol* 2004; 47: 166–71.
- Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 131–9.
- Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford. Update Software
- Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford. Update Software
- Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W. Broad spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of the fetal membranes: The ORACLE I randomised trial. *Lancet* 2001;357:979–88.
- Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. World Health Organization 2017.
- Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD005302.
- Segel SY, Miles AM, Clothier B, Parry S, Macones GA. Duration of antibiotic therapy after preterm premature rupture of fetal membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 799–802.
- Smail F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonization (Cochrane review) In: The Cochrane library, Issue 4, 2003.
- Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P. Prophylactic antibiotic administration in pregnancy to prevent infectious morbidity and mortality. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
- BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE SHOCK SÉPTICO
- Barton JR, Sibai BM. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2012; 120:689–706
- Bone RC, Balk RA, Cerra FB, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. American College of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1992; 101:1644–55.
- Guinn DA, Abel DE, Tomlinson MW. Early goal-directed therapy for sepsis during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:459–79.
- Hotchkiss RS, Karl IE. The pathophysiology and treatment of sepsis. *N Engl J Med* 2003; 348:138–50
- Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al. The 2001 SCCM / ESICM / ACCP / ATS / SIS International Sepsis Definitions Conference. *Crit Care Med* 2003; 31:1250–6
- Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001; 345:1368–77.
- Sheffield JS. Sepsis and septic shock in pregnancy. *Crit Care Clin* 2004; 20:651–60
- Singer M, Deutschman C, Warren Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016;315(8):801–810.
- Snyder CC, Barton JR, Habli M, Sibai BM. Severe sepsis and septic shock in pregnancy: indications for delivery and maternal and perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013; 26:503–506

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES

- Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004.
- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy Practice Guideline. 2013.
- ASPRE trial: Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O’Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Meiri H, Gizurason S, Maclagan K, Nicolaides KH. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med.* 2017 Jun 28.
- Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004.
- Belfort, MA, MD A Comparison of Magnesium Sulfate and Nimodipine for the Prevention of Eclampsia, *N Engl J Med* 2003;348:304–11.
- Bonzini, Matteo, et al, Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review, *Occup. Environ. Med.* 2007;64:228–243; originally published online 9 Nov 2006.
- Brown MA, Buddle ML, Farrell T, Davis GK. Efficacy and safety of nifedipine tablets for the acute treatment of severe hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1046–50.
- Chang EY, Menard MK, Vermillion ST, Hulsey T, Ebeling M. The association between hyaline membrane disease and preeclampsia. *American journal of Obstetrics and gynecology* 2004;191:1414–7.

- Chapell, L et al, Adverse Perinatal Outcomes and Risk Factors for Preeclampsia in Women With Chronic Hypertension A Prospective Study, Hypertension. 2008;51:1002-1009.
 - Churchill D, Duley L. Atención intervencionista versus atención expectante para la preeclampsia grave antes de término. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2.
 - Duley L, Farrell B., Spark P. The Magpie Trial Collaborative Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;359:1877-90.
 - Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smith DJ. Magnesium Sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia (Cochrane Review). In: The Cochrane library, Issue 4, 2004.
 - Duley L, Gulmezoglu AM. Sulfato de magnesio versus cóctel lítico para la eclampsia (Revisión Cochrane traducida), 21 de marzo de 2000.
 - Duley L, Henderson - Smart DJ. Fármacos para el tratamiento de la TA muy elevada durante el embarazo (Cochrane Review). In: The Cochrane library, Issue 4, 2004.
 - Duley L, Henderson - Smart DJ. sulfato de magnesio versus diazepam para la Eclampsia (Cochrane review). In: The Cochrane library, Issue 4, 2004.
 - Duley L, Henderson - Smart DJ. sulfato de magnesio versus Fenitoina para la Eclampsia (Cochrane review). In: The Cochrane library, Issue 4, 2004.
 - Duley L. Pre-eclampsia and hypertension. *Clin Evid* 2004;12:2013-2031.
 - Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR, Publicación Científica; 1594)
 - HILTON, Rachel. Acute renal failure, 2006;333;786-790 *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38975.657639.
 - HOCK TOH, Cheng and DENNIS, Michael. Disseminated intravascular coagulation: old disease, new hope. doi:10.1136/bmj.327.7421.974. *BMJ* 2003;327:974-977.
 - IMPAC (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors - 2nd ed. World Health Organization 2017. Elevated blood pressure, headache, blurred vision, convulsions or loss of consciousness, S-49.
 - JIOTYDAS, CHANDAN. Endovascular management of hepatic hemorrhage and subcapsular hematoma in HELLP syndrome. *Indian Journal of Gastroenterology* 2007 vol 26 September-October
 - KWOK, M Ho and SHERIDAN, David J. Meta-analysis of frusemide to prevent or treat acute renal failure, 2006;333;420-; originally published online 21 Jul 2006; *BMJ*.
 - Lyell DJ, Lambert-Messerlian GM, Giudice LC. Prenatal screening, epidemiology, diagnosis, and management of preeclampsia. *Clinics in Laboratory medicine* 2003;23(2):1-23.
 - Magee L. Antihypertensives. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2001;15(6):827-845.
 - Magee LA, Cham C, Waterman EJ, Ohlsson A, Von Dadelszen P. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. *BMJ* 2003;327:1-10.
 - Marshal, W. Carpenter MD, Gestational Diabetes, Pregnancy, Hypertension, and Late Vascular Disease, *Diabetes Care*, Volume 30, Supplement 2, July 2007.
 - Matchaba P, Moodley J. Corticosteroids for HELLP syndrome in Pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004.
 - Meher, S, Duley, L. Reposo durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con presión arterial normal, (Revisión Cochrane traducida), 17 de febrero de 2006
 - Mihu, Dan, et al, HELLP Syndrome - a Multisystemic Disorder, *J Gastrointestinal Liver Dis*. December 2007 Vol.16 No 4, 419-424.
 - Mildne, Fiona et al, The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community, *The British Medical Journal*, 2005;330:576-580.
 - Mosammat RB, Sayeba A, Anowara B, et al. Conservative Management of Eclampsia and Severe Pre-eclampsia a Bangladesh Experience. *Medscape general medicine* 2002;4(1):1-9.
 - NICE Guidelines. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. 2013.
 - PILCO, Paul, et al. Hematoma hepático subcapsular roto en Síndrome Hellp. Revisión de la literatura y reporte de un caso con manejo conservador. *REV. GASTROENTEROL. Perú* 2006; 26:207-210
 - Podymow T, Phyllis A, Update on the Use of Antihypertensive Drugs in Pregnancy, Hypertension 2008;51:960-969; originally published online Feb 7, 2008.
 - Rahman TM, Wendon J. Severe hepatic dysfunction in pregnancy. *QJM* 2002; 95: 343- 357.
 - Ramanathan J, Bennett K. Preeclampsia: fluids, drugs, and anesthetic management. *Anesthesiology Clin N Am* 2003;21:145-63.
 - Shahnaz B, Shahabi S. Nifedipina or hydralazine as a first - line agent to control hypertension in severe preeclampsia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:25-30.
 - Shear RM, Rinfret D, Leduc L. Should we offer expectant management in cases of severe preterm preeclampsia with fetal growth restriction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;192:1119-25.
 - Sibai BM. Diagnosis and Management of gestacional Hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003;102:181-92.
 - Sibai BM. Diagnosis, controversias, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet Count. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991.
 - Sibai BM. Magnesium sulphate Prophylaxis in Preeclampsia: Evidence from Randomized trials. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2005;48(2):478-88.
 - Solomon, Caren G, MD, et al, Hypertension in Pregnancy, *Endocrinol Metab Clin N Am* 35 (2006) 157-171.
 - TOH, Cheng and DENNIS, Michael. Disseminated intravascular coagulation: old disease, new hope. doi:10.1136/bmj.327.7421.974. *BMJ* 2003;327:974-977.
 - Tongprasert F, Jinpala S, Srisupandit K, Tongsong T. The rapid Biophysical profile for early intrapartum fetal well-being assessment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;5(15):1-4.
 - Vera, Eduardo. Rotura Hepática Asociada A Preeclampsia Severa Y Síndrome Hellp: Manejo Y Tratamiento Con Taponamiento Intraabdominal Temporal De Compresas. Rotura Hepática Asociada A Preeclampsia Severa Y Síndrome Hellp: ... / Edu.Ardo Vera M. Y Cols. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(4): 319-327
 - Wagner L. diagnosis and Management of Preeclampsia. *Am Fam Physician* 2004;70:2317-24.
 - Zamorski, M, MD, M.H.S.A., and Lee A. Green, M.D., M.P.H. NHBPEP Report on High Blood Pressure in Pregnancy: A Summary for Family Physicians, *American Family Physician*, July 15, 2001 / Vol 64, Number 2
- BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE TRAUMA Y EMBARAZO**
- Brown HL. Trauma in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009 Jul;114(1):147-60.
 - Carrera Macia J, Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 5ta Edición. Elsevier Masson. Barcelona, España.
 - Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Jul;209(1):1-10.
 - Tweddle CJ. Trauma during pregnancy. *Crit Care Nurs Q*. 2006 Jan-Mar;29(1):53-67.
- BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ZIKA Y EMBARAZO**
- Centers for Disease Control and Prevention. El virus del zika. Evaluación clínica y enfermedad [acceso 21 de abril de 2017] disponible en <https://espanol.cdc.gov/enes/zika/hc-providers/preparing-for-zika/clinicalevaluationdisease.html>
 - Centers for Disease Control and Prevention. Virus del Zika. Transmisión sexual y prevención, 13 de marzo 2017. [acceso 21 de abril 2017]. Disponible en <https://espanol.cdc.gov/enes/zika/hc-providers/pregnant-woman.html>
 - Centers for Disease Control and Prevention. Virus del Zika. Transmisión sexual y prevención [acceso 19 de abril 2017]. Disponible en: <http://espanol.cdc.gov/enes/Zika/prevention/protect-yourself-during-sex.html>
 - Centers for Disease Control and Prevention. Virus del Zika. Transmisión sexual y prevención, 13 de marzo 2017. [acceso 21 de abril 2017]. Disponible en <https://espanol.cdc.gov/enes/zika/hc-providers/pregnant-woman.html>
 - Centers for Disease Control and Prevention. Zika Virus. Tipos de pruebas de detección del virus del Zika [acceso 21 de abril 2017]. Disponible en <http://espanol.cdc.gov/enes/Zika/laboratories/types-of-tests.html>
 - Dr. Jorge E. Tolosa MD, MSCE. Seminario Web "El uso del ultrasonido en la detección de problemas asociados al síndrome congénito del Zika". Noviembre 2016. Sitio web Salud Materno infantil www.maternoinfantil.org [Acceso el 23 de enero de 2017]. Disponible en: <https://player.vimeo.com/video/193431003>
 - Guía Provisional de ISUOG en Ultrasonido para la Infección por el Virus del ZIKA durante el Embarazo: información para profesionales de la salud. Traducido del inglés al español: Dr. Rubén Darío Fernández, FACOG, Gineco-obstetra, Unidad de Ultrasonido y Monitoreo Fetal, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras [Acceso el 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.isuog.org/NR/rdonlyres/60C48818-8D5D-4C7F-8C66-AEEDB7966D10/0/Final_Zika_ISUOG_ReviewedDrFernandez.pdf
 - Jean Michel Mansuy, Catherine Mengelle, Christophe Pasquier, Sabine Chapuy-Regaud, Pierre Delobel, Guillaume Martin-Blondel, Jacques Izopet. Zika Virus Infection and Prolonged Viremia in Whole-Blood Specimens. *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 23, No. 5, May 2017
 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología. Protocolo de vigilancia epidemiológica enfermedad febril por virus del zika. Guatemala 2015
 - OMS. Atención en el embarazo en el contexto del brote de virus de Zika. Orientación provisional actualizada 13 de mayo de 2016. WHO/ZIKV/MOC/16.2 Rev.1 [Acceso el 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204617/1/WHO_ZIKV_MOC_16.2_spa.pdf?ua=1
 - Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuesta sobre el virus del zika y sus complicaciones. 22 de marzo de 2017 [acceso 21 de abril 2017]. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/zika/es/>
 - Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de virus de Zika (ZIKV) en las Américas: Recomendaciones provisionales para la detección y diagnóstico por laboratorio. 29 de junio de 2015. [Acceso el 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=30177&lang=es
 - PAHO-OMS. Oficina regional para las Américas. Definición de casos enfermedad por virus del Zika. Actualizado el 18 de abril de 2016. Última actualización lunes 18 de Abril de 2016 [Acceso el 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11117&Itemid=41532&lang=es
 - Papageorghiou AT, Thilaganathan B, Bilardo CM, Ngu A, Malinger G, Herrera M, Salomon LJ, Riley LE, Copel JA. ISUOG Interim. Guidance on ul-

trasound for Zika virus infection in pregnancy: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016 Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.15896 [Acceso el 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.isuog.org/NR/rdon-lyres/7955960E-6279-4F77-A70C-552E23834AE5/0/UOG_15896_REV2_EV1.pdf

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO:

- American Academy of Pediatrics: Committee on Drugs. Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn. *Pediatrics*. 2000; 105: 880-887.
- Burt, VK; Suri, R; Altshuler, L; Stowe, Z; Hendrick, VC; Muntean, E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1001-1009.
- Colimón Ardiila, NC; Téllez-Vargas, J. ¿Cuándo prescribir los antidepresivos en el embarazo? *Avances en Psiquiatría Biológica*. 2005; 6: 142-154.
- Correa, E; Holmgren, D. Trastorno bipolar en el periodo reproductivo. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 2005; 6: 32-48. Editores: Shoshana Benrenzon, Jesús del Bosque, Javier, Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México, 2011
- FDA public health advisory: paroxetine. Washington, D.C.: Center for Drug Evaluation and Research, Food and Drug Administration, December 2005. (Ingresado el 5 de Enero de 2006, en <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/paroxetine200512.htm>)
- Gentile, S. Clinical utilization of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. *Ann Pharmacother*. 2004; 38: 1265-1271.
- Louik, C; Lin, AE; Werler, MM; Hernandez-Diaz, S; and Mitchell, AA. First-Trimester Use of Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and the Risk of Birth Defects. *N Engl J Med*. 2007; 356(26): 2675-2683.
- Lozano Suárez, M; Ramos Brieva, JA. Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Capítulo 4. Masson, Barcelona, 2002.
- Marcia Olhaberry, Marta Escobar, Pamela San Cristóbal, María Pía Santelices, Chamarrita Farkas Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática Universidad de Chile, Chile *Ter Psicol* vol.31 no.2 Santiago jul. 2013
- María Luisa Rascón Gasca, Valeria Hernández Durán, Leticia Casanova Rodas, Humberto Alcántara Chabelas, Alejandra Sampedro Santos Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Massana Ronquillo, J. Psicofármacos y embarazo. *Rev. Psiquiatría FacMed Barna*. 2000; 27(6): 331-338.
- Mazaira, S. Efectos de los psicofármacos en el feto y el recién nacido: consecuencias del tratamiento de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo y la lactancia. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2005; XVI: 35-42.
- Mills, JL. Depressing observations on the use of selective serotonin-reuptake inhibitors during pregnancy. *N Engl J Med*. 2006; 354(6): 636-638.
- MINISTERIO DE SALUD Chile. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento SANTIAGO: MINSAL, 2014.
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. Londres: NICE; 17 dic 2014 [actualizadojun 2015; citado 7 sep 2016]. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Protocolo 4. Manejo Clínica de Trastornos mentales en atención primaria en salud. MSP Y BS. 2011
- Sanford Zeskind, P; Stephens, LE. Maternal selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics*. 2004; 113: 368-375.
- Wikinski, S; Jufe, G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Capítulo 15. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Primera Edición, 2005.
- Wyszynski A. Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Masson; 2006.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL Apartado II: Hemoterapia y administración de componentes sanguíneos

- A.I. Diez Lobo. Medicina transfusional perioperatoria. Ed ARGON. Madrid. ISBN: 84-8473-361. 2005 pp. 51
- Allard S, Green L and Hunt BJ (2014) How we manage the haematological aspects of major obstetric haemorrhage. *British Journal of Haematology* 164(2):117-188
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2011). The health and

welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander people. *Cat. N° IHW 42, AIHW, Canberra*

- Bell SF, Rayment R, Collins PW and Collis RE (2010). The use of fibrinogen concentrate to correct hypofibrinogenemia rapidly during obstetric haemorrhage. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 19(2):218-223
- Charbit B, Mandelbrot L, Samain E, Baron G, Haddaoui B, Keita H, et al. (2007). The decrease of fibrinogen is an early predictor of the severity of postpartum hemorrhage. *Journal of thrombosis and Haemostasis* 5(2):266-273.
- Ducloy-Bouthors AS, Jude B, Duhamel A, Broisin F, Huisoud C, Keita-Meyer H, et al. (2011). High-dose tranexamic acid reduces blood loss in postpartum haemorrhage. *Critical Care* 15(2):R117
- Ebdel-Aleem H, Alhusaini TK, Abdel-Aleem MA, Menoufy M and Gulmezoglu AM (2013). Effectiveness of tranexamic acid on blood loss in patient undergoing elective cesarean section: randomized clinical trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 26(17): 1705-1709 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23574458>
- Guía para uso apropiado de componentes sanguíneos en pacientes adultos. Resolución S.G. N° 348/2007
- Guía práctica clínica basada en evidencia para el uso de componentes sanguíneos/hemocómpuestos. Sistema de Seguridad Social de Colombia. 2017
- Gundorduk K, Yildirim G, Asioglu O, Gungorduk OC, Sudolmus S and Ark C (2011). Efficacy of intravenous tranexamic acid in reducing blood loss after elective cesarean section: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Perinatology* 28(3):233-239.
- Kalina M, Tinkoff G and Fulda G (2011). Massive postpartum hemorrhage: recombinant factor VIIa use is safe but not effective. *Delaware medical journal* 83(4):109-113
- Kraft A and Breyman C (2011) Iron sucrose and without recombinant erythropoietin for the treatment of severe postpartum anemia: A prospective, randomized, open-label study. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research* 37 (2):119-124
- Lombardi G, Garofoli F and Stronati M 2010. Congenital cytomegalovirus infection: treatment, sequelae and follow up *The journal of maternal-fetal and neonatal medicine* 23 (S3): 45-48
- Massiah N, Athimulam S, Loo C, Okolo S and Yoong W (2007). Obstetric care of Jehovah's Witnesses: A 14-year observational study. *Archives of Gynecology and Obstetric* 276(4):339-343.
- McIntock C and James AH (2001). Obstetric hemorrhage. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 9(8):1441-1451
- National Blood Authority (NBA) (2011) Patient blood management. *Mod 5 Obstetrics and Maternity*.
- National Blood Authority /NBA (2014). Guidance for the provision of intraoperative cell salvage. NBA, Cancberra, Australia. <http://blood.gov.au/ics>
- Pasquier P, Gayat E, Rackelboom T, La Rosa J, Tashkandi A, Tesniere A, et al (2013) An observational study of the fresh frozen plasma: Red blood cell ratio in postpartum hemorrhage. *Anesthesia and Analgesia* 116 (1):115-161
- Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular. Protocolo de Diagnóstico y Prevención de la Enfermedad Hemolítica del feto y del recién nacido. Marzo, 2008
- Solomon C, Collis RE and Collins PW (2012). Haemostatic monitoring during postpartum haemorrhage and implications for management. *British Journal of Anaesthesia* 109(6):851-863
- Wagstrom E, Akesson A, Van Rooijen M, Larson B and Bremme K (2007). Erythropoietin and intravenous iron therapy in postpartum anaemia. *Acta Obstetrica et Gynecologica scandinavica* 86(8):957-967
- Wikkelsøe AJ, Afshari A, Stendsballe J, Langhoff-Ross J, Albrechtsen C, Ekelund K, et al (2012). The FIB-PPH trial: Fibrinogen concentrate as initial treatment for postpartum haemorrhage: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 13:110

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL Apartado III: Consideraciones sobre dengue y embarazo - Bibliografía

- Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. (Páginas 25 al 28). Cap 4. DENGUE ASOCIADO A OTRAS AFECIONES O CONDICIONES ESPECIALES (embarazada, neonato, niño de corta edad y adulto mayor).

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL Apartado V: Consideraciones sobre dengue y embarazo - Bibliografía

- Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. 2a. ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2017.

Con el apoyo de



PROYECTO ASSIST
DE USAID

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer
y Mejorar los Sistemas de Salud*